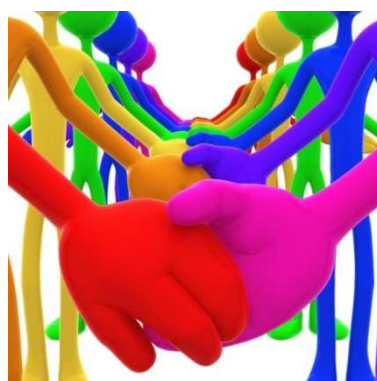


Universidad de Sevilla
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología



**Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización-
deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de
Gestión Sanitaria Sur de Sevilla**



Tesis Doctoral
Blanca Sánchez Baños
2015

Director: Dr. D Francisco de Llanos Peña

Codirectores: Dr. D José M^a Galán González-Serna

Dra. D^a Sara Ballesteros Prada



**Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización-
deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de
Gestión Sanitaria Sur de Sevilla**

Blanca Sánchez Baños

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

Departamento de Enfermería

Universidad de Sevilla

2015



Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

Departamento de Enfermería

TESIS DOCTORAL

**Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización-
deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de Gestión
Sanitaria Sur de Sevilla**

Director:

Profesor Dr. D Francisco de Llanos Peña
Profesor titular de la Universidad de Sevilla

Codirectores:

Profesor Dr. D José M^a Galán González-Serna
Profesor del Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios

Profesora Dra. D^a Sara Ballesteros Prada
Profesora de la Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla



Dr. D Francisco de Llanos Peña, Profesor titular del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla.

Dr. D José M^a Galán González-Serna, Profesor del Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios.

Dra. D^a Sara Ballesteros Prada Profesora de la Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla

CERTIFICAN:

Que bajo su dirección se ha realizado el trabajo de investigación titulado **“Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización-deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla”** por la Diplomada en Enfermería D^a Blanca Sánchez Baños y reúne las condiciones adecuadas para ser presentado y leído para optar al grado de Doctor.

Y para que conste y surta efecto se expide y firma en Sevilla a 25 de septiembre de 2015.

Prof. Dr. F de Llanos Peña

Prof. Dr. J M^a Galán González-Serna



Prof. Dra. S Ballesteros Prada



Dña. Blanca Sánchez Baños con DNI nº 28712986-Q declara bajo juramento que como doctorando, es autora del presente estudio **“Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización-deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla”** presentado para obtener el grado de Doctor.

Y para que conste y surta efecto lo firmo en Sevilla a 2 de septiembre de 2015.

Fdo.: Blanca Sánchez Baños

A Javier, Blanca y Sandra: mi familia. A la memoria de mi madre

AGRADECIMIENTOS

Quiero comenzar con mi agradecimiento al Dr. D Francisco de Llanos Peña por ser en estos años una guía constante que me ha marcado el camino y me ayudó a no salir de él. Por su ánimo y cariño. Al Dr. D José M^a Galán y la Dra. D^a Sara Ballesteros por su apoyo y su amistad.

Especial mención a D^a Carmen Almeida estadística del Área Sanitaria Sur de Sevilla en su inestimable ayuda en el procesamiento de datos. A la Dirección de Enfermería del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla por el acceso a los datos del censo de profesionales base de este estudio. A los coordinadores de los centros de Atención Primaria del Área Sur de Sevilla por su colaboración en la recogida de datos.

A D^a Emma Cano pintora de reconocido prestigio que me ha permitido utilizar sus bellísimas imágenes para ilustrar mi tesis.

A todas las enfermeras/os que con su visión sobre el Cuidado humanizado han sido la esencia del estudio.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
1. Humanización y dignidad de la persona	5
2. Humanización y asistencia sanitaria	6
3. Humanización y Cuidados Enfermeros. Relación Clínica	8
4. Factores asociados a la Humanización o Deshumanización en el	
5. desarrollo de los Cuidados Enfermeros	10
6. Tipo de estudio	10
7. Prospectiva.....	11
 CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	 12
1. La atención sanitaria	13
2. La atención sanitaria en España	14
3. Atención sanitaria y relación clínica	16
4. Relación clínica enfermera -	18
4.1 Precedentes de los modelos enfermeros	18
4.2 El Cuidado enfermero	19
5. Humanización y Cuidado enfermero	21
5.1 El Cuidado Humanizado	22
5.2 Marcos enfermeros y sistemas de salud en el	
Cuidado Humanizado	24
6. Humanizar la asistencia sanitaria	26
7. Planes de Humanización de la asistencia sanitaria	27
8. Los elementos de una asistencia humanizada	30
8.1 El Paciente	30
8.1.1 El paciente de hoy	30
8.1.2 Modelos de relación clínica y autonomía del paciente	33
8.1.3 La satisfacción del paciente	34
8.1.4 Factores del Cuidado Humanizado-Deshumanizado en	
relación al paciente	37
8.2 La Institución sanitaria	41
8.2.1 Sistema organizado y estructura arquitectónica de los	
Centros sanitarios	42
8.2.2 Las estructuras de poder y cultura de trabajo de la Institución	44
8.2.3 La calidad asistencial	46
8.2.4 Factores del Cuidado Humanizado-Deshumanizado en	
relación a la Institución sanitaria	48
8.2.5 La Enfermera	54
8.2.6 La enfermera humanizada	54
8.2.7 El empoderamiento del Cuidado	55
8.2.8 Factores del Cuidado Humanizado-Deshumanizado en relación al	
profesional enfermero	57



CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO 65

1. Hipótesis 66
2. Objetivos del estudio 67
 - 2.1 Objetivo general 67
 - 2.2 Objetivos Específicos 67

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA 69

1. Diseño del estudio 70
2. Población del estudio 70
 - 2.1 Descripción del Área Sanitaria 70
 - 2.2 Población 73
 - 2.3 Criterio de selección 74
 - 2.3.1 Criterios de inclusión 74
 - 2.3.2 Criterios de exclusión 74
3. Diseño del cuestionario 75
 - 3.1 Variables 75
 - 3.1.1 Variables demográficas 75
 - 3.1.2 Variables cualitativas 76
 - 3.2 Pilotaje del cuestionario 77
 - 3.3 Cuestionario 78
4. Metodología del análisis estadístico 80
 - 4.1 Diseño de muestreo - 80
 - 4.2 Tamaño muestral 80
 - 4.3 Análisis estadístico 80
5. Recogida de datos 81
 - 5.1 Selección de los participantes 81
 - 5.2 Modo de recogida - 81
6. Cuestiones éticas 82
7. Almacenamiento de datos 82

CAPÍTULO IV: RESULTADOS 83

1. Resultado I: descriptivos generales 84
2. Resultado II: descriptivos por Centros 101
3. Resultado III: descriptivos Atención Especializada/ Atención Primaria 117
4. Resultado IV: cruce asociación variables/Centros 133
5. Resultado V: asociación de variables categóricas con la variable demográfica sexo 139
6. Resultado VI: asociación de variables cualitativas con las variables cuantitativas tiempo de servicio y edad 145

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN 153

1. De los resultados I 154
2. De los resultados II 155



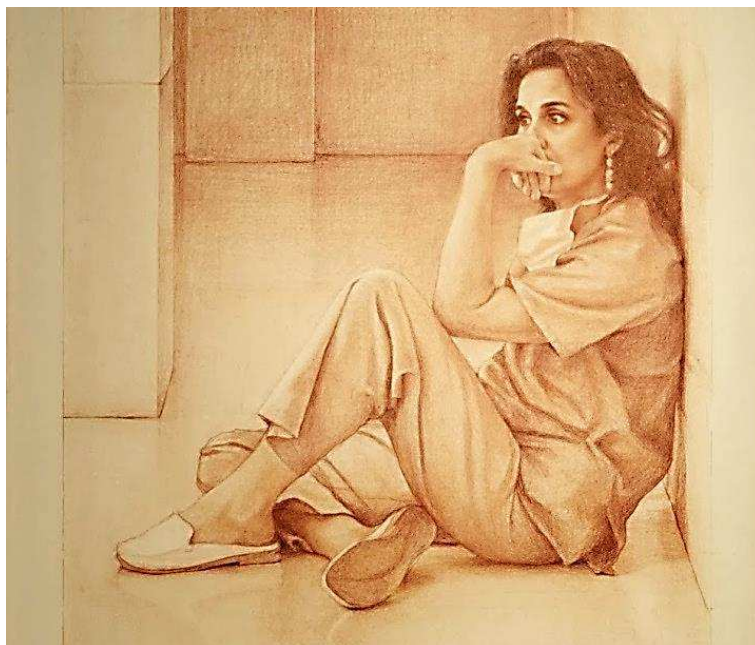
3. De los resultados III.....	157
4. De los resultados IV	158
5. De los resultados V y VI	159
6. Limitaciones del estudio	160
7. Prospectiva	160

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	161
--	------------

BIBLIOGRAFÍA	164
---------------------------	------------

ANEXOS	177
---------------------	------------

Introducción



INTRODUCCIÓN

El escenario sanitario actual en el que se mueve España poco tiene que ver con la Sanidad de hace pocos años. La revolución tecnológica en las ciencias de la salud, el perfil de los profesionales, el tipo de estructuras arquitectónicas, y la gestión de los centros y del Cuidado de los pacientes, difieren frecuentemente de los que hasta hace poco tiempo se desarrollaban en nuestro medio sanitario.

La superación de los problemas de salud que atenazaban al hombre de nuestro entorno hasta hace pocos años, nos proporciona una vida más longeva y plena. Sin embargo, esta visión esperanzadora de la atención sanitaria que nos rodea, con frecuencia se ve ensombrecida por aspectos no tan positivos que ya hace algún tiempo planean sobre la atención que se presta a nuestros pacientes. La posible existencia de una excesiva burocratización en la atención, un desarrollo tecnológico “arrasador” y una asistencia sanitaria deshumanizada no deben pasarnos desapercibidos.

1. Humanización y dignidad de la persona

El respeto a las personas a diferencia de las cosas que se sigue en el humanismo ilustrado propuesto por Kant, es motivado porque las personas son fines en sí mismos¹. Consideramos que esta apreciación es esencial, pues uno de los elementos de un Cuidado deshumanizado es la consideración de nuestros pacientes como objetos de Cuidado y no como sujetos del mismo. Cuando hablamos de un Cuidado humanizado reconocemos que nuestro vínculo es con el enfermo y no con la enfermedad.

El ser humano presenta dos cualidades intrínsecas: la dignidad y la vulnerabilidad. Existen otras cualidades que acompañan al ser humano y que lo capacitan, que pueden disminuir con el tiempo o incluso darle valor social^{2,3}

¹ Conill J. Actualidad de los humanismos en economía ética y bioética. Quaderns de filosofia i ciencia. 2006; 36:93-103.

² Iceta M. Una ética de la vida al servicio de la dignidad humana. En. Entender la objeción de conciencia. Murcia: Quaderna Editorial, 2005. p. 15-28.

³ Hospital Ibáñez M L, Guallart Calvo R. Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida. Index Enferm [Internet] 2004 Nov [Consultado 2015 Mar 1]; 13 (46): 49-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200010&lng=es.

pero la dignidad no depende de la percepción que los demás tengan de cada uno⁴, permaneciendo desde el nacimiento hasta la muerte. De igual forma la vulnerabilidad, ese aspecto tan olvidado en una sociedad como la nuestra que huye del dolor, la minusvalía o la enfermedad es la otra ventana que nos acerca al paciente, que nos aclara lo que verdaderamente es humano.

El término humanización definido por la Real Academia Española como “acción y efecto de humanizar o humanizarse”⁵, nos acerca a nuestro objetivo. Mayoritariamente se ha adoptado el término de despersonalización como sinónimo de deshumanización, entendiendo el primero como la pérdida de cualidades propias de la persona. Aunque puede existir variabilidad en su definición dependiendo de tiempo y lugar⁶, no debemos caer en la tentación de la búsqueda de la humanización fuera del hombre. La humanización nace del hombre y para el hombre.

Creemos que con frecuencia se ha manejado una visión de la humanización sanitaria en relación a elementos de confort de los centros asistenciales, o incluso de cumplimiento de derechos de los pacientes. Sin embargo en los últimos años se ha desarrollado un concepto más global del término, que tiene que ver más con la necesidad del débil o del que sufre que con un ejercicio de autonomía, es decir una humanización principalmente preocupada por la justicia⁷.

Consideramos que la humanización debe ser entendida como un proceso bidireccional, es decir un camino de doble sentido en donde el hombre puede evolucionar de una vida de condiciones menos humanas a más humanas, y viceversa. Estas condiciones que pueden incluir carencias materiales, tipo de estructura de poder bajo la que vive, situaciones de injusticia etc., pueden ser mejoradas y hacer que el hombre evolucione a una vida más humana, siempre vinculada a un aumento de la consideración de la dignidad del mismo.

2. Humanización y asistencia sanitaria

Desde hace algunos años los propios profesionales han comenzado a realizar llamadas de atención sobre un proceso deshumanizador de la Sanidad.

⁴ Balaguer Santamaría A. La relación clínica. Publicación de ACEB(Associació Catalana d'Estudis Bioètics. Consultar en: http://www.aceb.org/rel_clin.htm.

⁵ Diccionario de la Real Academia Oficial de la Lengua Española.

⁶ Gracia Guillén D. Por una asistencia médica más humana. En: Como arqueros al blanco. Madrid: Triacastela; 2004.p. 93-102.

⁷ Una nueva humanización. Boletín de la Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos. 2006 julio-septiembre; (40). [Consultado 2014 abril 10]. Disponible en: <http://sanitarioscristianos.com>.

Desde el ámbito del desarrollo profesional médico se reivindica la búsqueda de una asistencia sanitaria humanizada y de calidad. En este sentido, Luis Rojas Marcos señala:

“Cada día es mayor el número de personas que se quejan de la ausencia de humanidad del médico. La gente añora la imagen idealizada del galeno de antaño, a pesar de que a menudo éste no podía hacer otra cosa que limitarse a confortar al enfermo con su presencia, mientras la enfermedad seguía irremediablemente su curso”⁸

Así, la relación entre una visión humanizada de la Sanidad y una asistencia de calidad que respeta la dignidad humana nos acerca al camino acertado⁹. Tanto Órganos Colegiados Sanitarios^{10,11}, como organizaciones de pacientes, nos sitúan en un escenario donde el paciente conocedor de sus derechos^{12,13}, ha abandonado su papel pasivo a la búsqueda de una asistencia sanitaria más personalizada, global y humana, dejándose ver su influencia en los diseños de procesos asistenciales¹⁴.

Aunque con frecuencia los profesionales sanitarios tengamos la impresión de prestar una buena atención a nuestros pacientes, no podemos obviar que muchas veces nos hacen saber que pasan por nuestros centros “siendo oídos pero no escuchados” y “siendo vistos pero no mirados”. La razón que puede llevar a este escenario, es el abandono de la esencia humana de la asistencia sanitaria en general, y del Cuidado en el caso de nuestra profesión enfermera en particular.

El Decálogo de Satisfacción de los pacientes elaborado por el Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social (centro colaborador de la OMS), recoge

⁸ Rojas- Marcos L. Humanización de la medicina y calidad de vida. Semergen: revista española de medicina de familia. 2001; (10): 505-509.

⁹ Rabadán Jiménez, J. Introducción. En: Ética del Compromiso. El médico como garante de la dignidad del paciente. Valladolid: Consejería de Sanidad; 2010. p 19.

¹⁰ Consejo General de Enfermería.org [Página de internet]. Madrid: Organización Colegial de Enfermería. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España; 2014 [Consultado 2014 abril 21]. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/>.

¹¹ Orozco M. La muerte se ha medicalizado pero no se ha humanizado. Diario médico. 2014 abril 21.

¹² Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. Artículo 43.1.

¹³ Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (LGS). (BOE núm. 102, de 29 de abril). Artículos 9 y 10.

¹⁴ Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida de resultado de la atención sanitaria. Med Clin. 2000; 114 (Supl 3): 26-33.

que el paciente solicita: más información, tiempo suficiente, mejor trato, medicina personalizada y una asistencia sanitaria más humana¹⁵.

El problema de una asistencia sanitaria deshumanizada podemos considerarlo no solo esencial sino el más importante. Aunque socialmente tengan relevancia otros problemas bioéticos, el gran problema sanitario es como humanizar la relación entre el ser humano que sufre y el llamado por su conocimiento a prestarle su ayuda¹⁶.

3. Humanización y Cuidados Enfermeros. Relación Clínica

El Cuidado como razón de ser de la enfermería, que lo legitima y le da validez social diferenciándolo de otras profesiones, exige un replanteamiento bajo una mirada humanizadora^{17, 18}.

De esta forma, nos cuestionamos si el Cuidado ha evolucionado a un modelo de oferta de prestaciones afín al modelo sanitario de cartera de servicios centrado en su aspecto instrumental, y ha olvidado el aspecto psicosocial donde el preocuparse por el otro es la esencia de la relación interpersonal¹⁹. La solución basada en el yo autónomo del profesional como dueño de conocimiento o arte y al margen del paciente²⁰, no es una relación clínica como tal. La relación clínica entre la enfermera y el paciente es un lugar de encuentro dentro de una relación interpersonal²¹, donde se hace necesario investigar cuáles son sus elementos constitutivos para poderla calificar de una óptima prestación de cuidados.

Durante los últimos años la enfermería ha realizado un esfuerzo importante de adaptación al desarrollo tecnológico y científico que con

¹⁵ De la Peña M. Nuevos desafíos de los pacientes. En: Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, editors. La satisfacción de los pacientes. Madrid: Aran; 2008. p. 38-39.

¹⁶ Gafo J. La humanización de la praxis sanitaria. En: Ética y Legislación en Enfermería. Madrid: Editorial Univérsitas S.A; 1994. p. 45-58.

¹⁷ Feito Grande L. Los cuidados en la ética del siglo XXI. Enferm Clin . 2005 Jun; 15(3):167-174.

¹⁸ McFarland M. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. Modelos y teorías de enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007. p. 472-498.

¹⁹ Davis A. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Conferencia en el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, 29 septiembre 2006. [consultado 2014 jun 20]. Disponible en: <https://www.coib.cat>

²⁰ Llanos Peña, F de. Bioética y ética del cuidado. Hygia. 1999; 41:3.

²¹ Llanos Peña, F de. Pensamiento antropológico de Laín Entralgo. Ser humano y estar enfermo [tesis doctoral]. Sevilla: Departamento de Filosofía de la Universidad de Sevilla; 2001.

frecuencia le ha aparejado prestigio y reconocimiento, aunque no siempre esta situación ha repercutido positivamente en el paciente²². Sin embargo paralelamente se detecta en la profesión una preocupación incluso ya desde los docentes y alumnos de enfermería, por la presencia de una asistencia deshumanizada^{23,24}.

Las enfermeras/os forman parte de un equipo asistencial incluido en las estructuras organizativas, donde con frecuencia el Cuidado no es contemplado como aspecto esencial sobre todo en Atención Especializada. En general y salvo en determinadas unidades (crónicos, paliativos etc.) el objetivo de la institución sanitaria aún hoy continua siendo el diagnóstico y curación del paciente. Esta dominancia del modelo biomédico con frecuencia reduccionista a lo biológico, es un motivo de la pérdida de la visión holística del ser humano e incluso de la invisibilidad de los Cuidados²⁵.

La humanización en el desarrollo de los Cuidados Enfermeros y, por tanto, en la relación clínica enfermera contempla tres referentes básicos: el Paciente, la Enfermera y la Institución sanitaria. Por ello, el conocimiento de cada uno de estos elementos que integran la relación clínica es lo que nos permitirá describir qué factores favorecen o entorpecen el desarrollo de un Cuidado Enfermero Humanizado.

En tal sentido, la presencia de un Cuidado no holístico, fragmentado, donde el paciente incluso puede ser considerado “un problema”, nos acerca a un Cuidado deshumanizado. De igual forma la tecnología “arrasadora”, problemas interprofesionales, o la presencia de síndrome de Burnout contribuyen al alejamiento de un Cuidado humanizado. Por último desde la Institución existen determinados factores que pueden estar asociados a este escenario como son una burocracia al servicio del centro y no del paciente, las rentabilidades económicas, políticas o sociales como base de la estructura del centro, la falta de recursos y la no contemplación de un Cuidado humanizado como objetivo específico de la Institución.

²² Escudero R.B. Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. *Enferm Clin.* 2003; 13(3): 164-170.

²³ González-Juárez L, Velandia-Mora A. L, Flores-Fernández V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. *CONAMED. Suplemento de Enfermería.* 2009; 14 (Supl 1): 40-43.

²⁴ Pades Jiménez A, Homar Amengual C, Martín-Perdiz A, Ponsell-Vicens E, Riquelme-Agullo I. Algo se está moviendo en los hospitales, ¿ Será quizás la humanización clínica?. *Cultura de los cuidados.* 2009; 1 semestre (25): 98-103.

²⁵ Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(4): 499-503.

4. Factores asociados a la Humanización o Deshumanización en el desarrollo de los Cuidados Enfermeros

El presente trabajo se centra en los factores asociados de relación del Cuidado humanizado/deshumanizado, que se hacen presentes en la relación clínica de la enfermera/o con el paciente.

Se trata de un estudio cualitativo que pretende conocer la perspectiva de las enfermeras/os respecto de los factores asociados a la humanización o deshumanización en el desarrollo de los Cuidados.

Entendemos que es pertinente porque además de la detección del problema de una asistencia deshumanizada, pretendemos lograr un Cuidado enfermero más humanizado.

Nuestro objetivo pues, está en conocer cuánto saben las enfermeras y los enfermeros respecto a si el Cuidado que prestan es humanizado o no, y si son capaces de identificar, por una parte los factores que favorecen una relación clínica enfermera humanizada y por otra, identificar si dichos factores están presentes o no en el entorno laboral más cercano.

5. Tipo de estudio

Teniendo presente tal enfoque, nos hemos propuesto explorar las creencias que las enfermeras/os del Área estudiada tienen sobre el fenómeno humanización/deshumanización en la asistencia sanitaria, así como analizar la opinión de los profesionales enfermeros al respecto; nos centramos exclusivamente en quienes desarrollan labor asistencial en el Área Sur Sanitaria de la provincia de Sevilla. La población incluye a las enfermera/os de Atención Especializada del Hospital de Valme, hospital de referencia del Área Sur Sanitaria, Hospital del Tomillar dependiente del anterior en cuanto a su gestión, así como de los 21 centros de Atención Primaria que incluye el Área citada. El estudio se desarrolló en el periodo comprendido entre junio de 2014 y enero de 2015.

El estudio de campo llevado a cabo nos acerca a la consideración de que las enfermeras y enfermeros del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, perciben en un alto porcentaje la existencia de una deshumanización en la relación clínica en general con los pacientes; creen que existen determinados factores asociados a la presencia de humanización/deshumanización en el Cuidado enfermero.

Para acercarnos al conocimiento de la visión enfermera hemos estructurado la presencia de factores humanizantes/deshumanizantes, en

relación a los tres elementos fundamentales de la atención: Paciente, Institución y Profesional Enfermero.

Se procedió al diseño de un cuestionario que incluye variables cualitativas y demográficas, donde se pudiesen recoger las creencias sobre factores de relación con el Cuidado humanizado/deshumanizado. Previamente a su utilización se realizó un pilotaje para detectar posibles errores o falta de comprensión de los encuestados.

Se ha realizado un estudio descriptivo, que incluye las respuestas globales de las enfermeras/os encuestados, la visión por Centros y una descriptiva de Atención Especializada frente a Atención Primaria. De igual forma se ha realizado un estudio inferencial, con el fin de ver como es la asociación de respuestas de las variables cualitativas con las variables demográficas de sexo, edad y tiempo de servicio.

Para el procesamiento de datos se diseñó un documento de Access y para el análisis de los mismos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS 22.0 para Windows.

La búsqueda bibliográfica ha girado en torno a bases nacionales e internacionales, tanto de publicaciones sobre los distintos conceptos y perspectivas de la humanización/deshumanización sanitaria en general, y del Cuidado en particular como de estudios sobre Humanización Sanitaria. De igual forma, nuestra búsqueda incluye una revisión sistemática en las bases nacionales de tesis doctorales españolas y de algunos países latinoamericanos.

6. Prospectiva

Consideramos que el estudio es un primer paso para otros posteriores que profundicen en el problema de la falta de una asistencia humanizadora, donde no solo habrá que abundar en las creencias de las enfermeras/os sino en las del resto de los profesionales, en las de los pacientes y en la de los gestores sanitarios.

Marco Teórico



MARCO TEÓRICO

1. La atención sanitaria

La preocupación del hombre por su salud no es algo nuevo, como tampoco lo es su reivindicación como derecho. Así queda recogido en la Declaración de los Derechos Humanos²⁶.

El Cuidado de la salud ha recaído en los últimos siglos en organizaciones gremiales, órdenes religiosas o mediante el acto mercantilista del pago de honorarios^{27,28,29,30}.

Con la llegada de la revolución industrial el papel del Estado sobre la salud de los ciudadanos comienza a ser relevante. Surge en Centroeuropa el modelo del derecho a la atención sanitaria vinculado al trabajo. Este sistema conocido como modelo Bismarck que aún continúa vigente en muchos países europeos (Alemania, Bélgica, Suiza, Austria etc.), no es por tanto universal.

Paralelo al anterior, figura en los países de nuestro entorno el llamado modelo Beveridge que asocia el derecho de la prestación sanitaria a la condición de ciudadano³¹.

Este modelo se financia con impuestos públicos y en general apuesta por una protección universal. Es el dominante en la Europa nórdica y en países como España, Portugal e Italia.

Aunque los dos modelos tienen elementos esenciales comunes, puede existir variabilidad de copago en aspectos como el farmacéutico. Ambos

²⁶ Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas de 10 de diciembre de 1948. Artículo 25.1.

²⁷ Siles González, J. Los cuidados enfermeros en la Edad Media. . En: Arroyo MP, Ferrer E, Morán L, Quintero MC, editors. Historia de la enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE, SL);2011. p. 252-297.

²⁸ Martínez Martín M L, Chamorro Rebollo E. Etapa vocacional del cuidado. Historia de la enfermería. Barcelona: Elsevier España SL; 2011.p. 39-83.

²⁹ Amezcu M. Juan de Dios el Santo, el Iluminado, el Enfermero. Boletín Informativo, CP.1994; (35): 28-29.

³⁰ García Martínez, M J. Cuidar el cuerpo y salvar las almas: la práctica de la Enfermería según el modelo de la Congregación de enfermeros Obregones . [tesis doctoral]. Sevilla: Departamento de Antropología Social de la Universidad de Sevilla; 2007.

³¹ Gracia Guillén D .La justicia como utilidad pública. Beveridge y el National Health Service. En: Fundamentos de Bioética. Madrid: Triacastela; 2007. p. 258-284.

modelos con su gran variación participan de un elemento común: la atención sanitaria es un bien social y por tanto genera un derecho.

Una tercera vía es aquella que identifica la atención sanitaria con un bien de mercado y por tanto sujeto a la balanza de oferta y demanda. El país más representativo de este modelo y que evidencia con más claridad la contradicción del gran desarrollo tecnológico y científico con la desigualdad en el acceso al mismo, es EEUU. En él como en pocos sitios se visualiza con más claridad lo que algunos autores han llamado *“la desigualdad humana ante la enfermedad y la muerte”*

2. La atención sanitaria en España

En nuestro país se han desarrollado desde los años sesenta del siglo pasado leyes que ampliaban el concepto de prestación sanitaria³², e incluso que organizaban en niveles la asistencia, desde el más cercano al ciudadano hasta el más especializado como es el hospitalario³³.

De manera lenta pero progresiva comenzó a imponerse el cambio de la relación entre el médico, practicante, matrona y otros profesionales con el paciente que mayoritariamente se realizaba en sus domicilios, materializándose la creación de grandes centros sanitarios donde el paciente acudía cuando necesitaba atención. Veremos que este cambio no fue meramente arquitectónico, sino que influyó en el tipo de relación que los sanitarios establecieron con sus pacientes.

Hasta la llegada de la nueva ley de sanidad del año 1986 continuó vigente el régimen de Beneficencia para los ciudadanos no cubiertos por la normativa existente.

Con la llegada de la democracia a nuestro país y el establecimiento de la Constitución como norma fundamental que establece en su artículo 43 el derecho a la protección a la salud, parecer ser que subyace una clara intención de eliminar la diferencia preexistente entre Sanidad y Asistencia Sanitaria. Este aspecto se clarifica más aún cuando recoge en su artículo 41 que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos³⁴.

³² Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Documento de Trabajo: 86/2006.

³³ Decreto 2065/1974 de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Artículo 110.

³⁴ Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. Artículo 41.

La ley General de Sanidad de 1986³⁵ supuso un avance tanto en la unificación de la cobertura de los ciudadanos que hasta ese momento dependían de sistemas de Beneficencia (principalmente municipales), como de la financiación, que pasó mayoritariamente a depender de los Presupuestos Generales del Estado, siendo junto con Educación partidas presupuestarias prioritarias. De manera progresiva se transfirieron competencias en materia sanitaria a las distintas comunidades incluida la andaluza³⁶ y se amplió la cobertura de los ciudadanos hasta prácticamente universalizarse a finales de los años ochenta, quedando delimitada según el RD 16/2012³⁷.

De manera general en el Estado español, se realizó una distribución territorial de la asistencia, organizándose en Áreas Sanitarias (vinculadas principalmente a factores demográficos, económicos y sociales) y distintas Zonas Básicas de Salud (incluidas en las anteriores) como elemento básico de atención a la población. Esta estructura ha evolucionado en gran parte del territorio de nuestro país a la de Distritos de Atención Primaria con el fin de una gestión más eficiente.

Paralelamente se realizó una organización asistencial diferenciándose la Atención Primaria conocida como primer nivel asistencial cuya ubicación arquitectónica reside en el Centro de Salud, de una Atención Especializada, segundo nivel asistencial, centralizado en los hospitales y centros de especialidades.

La evolución de nuestro sistema sanitario y el desarrollo científico de la profesión sanitaria incluyó un cambio en la perspectiva del propio proceso de la enfermedad. De tal forma que hasta hace pocos años la visión del paciente y su enfermedad se vinculaba básicamente a especialidades médicas, o la clasificación por sistemas anatómicos. Hoy día en la mayoría de los casos la atención al paciente se halla vinculada a los Procesos Asistenciales Integrados, entendiendo estos como el conjunto de actuaciones dirigidas a dar una respuesta integral a las necesidades (física, psicosocial etc.) del paciente como sujeto activo desde una perspectiva multidisciplinar y coordinada, para garantizar la continuidad en la asistencia³⁸

³⁵ Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (LGS). (BOE nº 102, de 29 de abril). Artículos 1 y 3.

³⁶ Ley 8/ 1986 de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud.

³⁷ Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril , de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Artículo 1.

³⁸ Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales Integrados. 2 ed.2009.

3. Atención sanitaria y relación clínica

La relación del profesional sanitario con su paciente ha seguido un perfil paternalista no claramente superado hoy día. Definida incluso como una relación cuasi-diádica³⁹, durante mucho tiempo ejerció “sobre” el paciente un papel muy similar al del sacerdocio o el del juez, sustentado por un conocimiento del que era exclusivo valedor. Este rol cuyas cuatro cualidades, universalismo, especificidad funcional, neutralidad afectiva y orientación hacia la colectividad, le garantizaban la pertenencia a un grupo social superior que incluso desde el punto de vista moral⁴⁰ se mantuvo durante largo tiempo.

Este paternalismo con su origen en una sociedad patriarcal consideraba al ciudadano un menor de edad, y por tanto otorgaba al paciente el papel de un ser pasivo basado en la incapacidad del mismo para distinguir lo que le beneficia de lo que le perjudica.

A partir de la Declaración Universal de los Derechos humanos (1948) y, por ende, de la Declaración de los Derechos del Paciente⁴¹, se produjo una *rebelión del sujeto* que llevó aparejada una *rebelión del paciente*, que quiere ser reconocido en su condición de sujeto personal, que quiere ser escuchado en su condición de sujeto lingüístico y quiere ser comprendido en su condición de sujeto biográfico⁴².

Dentro de este contexto social surge el desarrollo del ejercicio de la autonomía del paciente. A veces se ha visto en este hecho un movimiento alternativo frente al paternalismo, que se definía como un autonomismo que propugnaba el decidir sobre uno mismo sin los otros y sin considerar a los otros⁴³. Podríamos hablar de un paciente que aunque carezca de autonomía plena, pueda ejercer acciones autónomas⁴⁴ siempre que cumplan los requisitos de intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo.

Aunque con frecuencia existe una crítica de un movimiento pendular excesivo del paternalismo a la autonomía del paciente consideramos esta valoración sería simplificar la situación.

³⁹ Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Historia y Teoría. Madrid: Castilla;1964.

⁴⁰ Gracia Guillén D. “Medicus politicus”. El paternalismo “burocrático”. En: Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2007. p.86-93.

⁴¹ Declaración de Derechos del Paciente. Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales. 6 de febrero de 1973.

⁴² Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra . 2006; 29(Supl 3):7-17.

⁴³ Seoane JA. La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. Derecho y salud.2008;16 (Extra 1): 79-86.

⁴⁴ Gracia D. El principio de autonomía. En: Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2007. p. 182-187.

Cabría preguntarse si podemos equiparar el concepto de *relación sanitario- paciente* al de *relación clínica*. Con frecuencia el término relación clínica ha estado influido en gran medida por la palabra *clínica*, tomando esta la acepción de *conjunto de manifestaciones de una enfermedad u observación y tratamiento de la misma*⁴⁵. Sin embargo esto sería simplificar el concepto, es más, supondría restar del mismo su esencia.

La relación clínica no es un mero encuentro casual o mercantil entre un paciente y un profesional sanitario. Es como no una relación interpersonal, ahora bien no es una relación cualquiera. Es un encuentro que surge de un ser necesitado debido a su enfermedad y de otro que está en disposición de ofrecerle su ayuda basándose en sus conocimientos. Esto es, un ser humano enfermo, o a la búsqueda del mantenimiento de su salud y un ser humano terapeuta²¹.

Por otra parte debemos considerar que en la relación clínica existe un claro desequilibrio en la balanza, donde tenemos un ser humano necesitado y vulnerable frente a un ser humano que le presta asistencia y que no puede limitarse a no dañar, representado en el Principio de no Maleficencia, si no que exige una actitud activa de protección y Cuidado.

Esta relación interpersonal tiene un claro adjetivo, es una relación de ayuda. Este aspecto entronca claramente con el papel que los profesionales de enfermería ejercen. La relación de enfermería es una relación humana entre un profesional que posee una formación especializada que le permite reconocer y responder a la necesidad de ayuda y con frecuencia solventar el problema del paciente⁴⁶.

En la relación interpersonal que supone la relación clínica auténtica, la humanización sanitaria permite como producto la prevención de la enfermedad, la mejora del proceso de salud, la rehabilitación o la atención en las últimas fases de la vida del paciente.

⁴⁵ Diccionario de la Real Academia Oficial de la Lengua Española

⁴⁶ Mejía Lopera ME. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. Index Enferm [Internet].2006 Nov [Consultado 2014 Feb 15]; 15 (54): 48-52. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200010&lng=es

4. Relación clínica enfermera

4.1 Precedentes de los modelos enfermeros

El desarrollo científico que tiene lugar en los siglos XIX y XX trajo consigo el modelo médico que vinculaba un elemento causal para cada enfermedad y se alejaba del elemento religioso o sobrenatural de la misma. Este modelo ha sobrevivido hasta nuestros días, y aunque ha sido positivo para la atención al paciente, se ha alejado del modelo integral de Cuidado que aporta la Enfermería.

El siglo XIX es el momento del inicio del desarrollo de la enfermería profesional. Desde mediados de este siglo comienza a dejarse atrás la época oscura. En este surgimiento de una enfermería con cuerpo propio y profesional hay figuras que tienen una gran relevancia.

Elizabeth Gourney Fry (1780-1845) fue innovadora no solo en la lucha del papel social de la mujer, sino en la búsqueda continua de la mejora de las condiciones de los presos en general y de las mujeres y niños que vivían con sus madres en los centros penitenciarios de manera especial. Fue pionera en la creación de la figura de la enfermera domiciliaria creando la Sociedad de Hermanas Protestantes de la Caridad, evolucionando su nombre al de Instituto de Hermanas Enfermeras, a la búsqueda de desligarse del aspecto religioso. Su formación se realizaba en el Guy's Hospital de Londres.⁴⁷

Teodoro Fliedner y su esposa visitaron Inglaterra y conocieron las reformas de Fry, y tras el regreso a su localidad, Kaiserswerth pusieron en marcha la Institución de las Diaconisas de Kaiserswerth, donde eran seleccionadas de manera rigurosa las futuras enfermeras. Edificaron una escuela-hospital donde jóvenes de buenas familias se formaban tanto en teoría como en práctica y sin duda contribuyeron a la semilla de una enfermería moderna y profesional.

La figura de Florence Nightingale no puede entenderse sin las anteriormente citadas, de las que se nutrió visitando e incluso siguiendo una formación en la Institución de las Diaconisas de Kaiserswerth. Sin embargo la figura carismática de la enfermería partía sin duda de una situación ventajosa. Nacida en una familia acomodada y con un padre que se preocupó por la formación de su hija en materias como la filosofía o las matemáticas, la colocó en una disposición propicia para ser una “revolucionaria” en el campo que eligió: la enfermería.

⁴⁷ Siles González, J. .El reformismo y la profesionalización de la enfermería . En: Arroyo MP, Ferrer E, Morán L, Quintero MC, editors. Historia de la enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE, SL);2011. p. 366-368.

Nightingale conoció en la guerra de Crimea lo devastador que puede ser en una población enferma unos Cuidados deficitarios. Su revolución consistió en colocar a la enfermería en una situación totalmente distinta a la descrita en décadas anteriores. Por una parte demostró (con herramientas estadísticas) la efectividad de un Cuidado de calidad sobre la recuperación del paciente. Además sentó las bases de una formación reglada donde consiguió que la titulación obtenida en sus centros fuese sinónimo de capacitación y garantía de una excelente profesional de los cuidados. Aunque hay muchas figuras dentro y fuera de Europa que ayudaron al desarrollo de la enfermería, Nightingale supone un antes y un después dentro de nuestra profesión.

A este desarrollo de la Enfermería contribuye de forma notable la Cruz Roja Internacional creada por H. Dunant (1863); germen también de Escuelas de Enfermeras cuyos valores siguen poniendo sus alumnas y alumnos en nuestra sociedad española.

Este surgimiento profesional de la Enfermería queda subrayado con la creación del Consejo Internacional de Enfermería (1899).

En España instituciones como la Escuela de Santa Isabel de Hungría donde su fundador Rubio y Galí tenía clara influencia de Nightingale por su estancia en Londres de manera contemporánea, o las de la Cruz Roja Española, Santa Madrona en Barcelona o Casa de Salud de Valdecilla en Santander han sido sin duda el germen de una enfermería profesional y moderna, que se desarrolló durante el siglo XX y permitió llegar al siglo XXI en unas condiciones idóneas para una enfermería profesional y de calidad.

4.2 El Cuidado enfermero

Aunque el Cuidado ha formado parte de la humanidad desde sus orígenes, es con el surgimiento de la enfermería como profesión cuando se conforma como eje de un conjunto de conocimientos científicos y sistemáticos que forma la esencia de nuestra profesión.

Lo que conocemos como metaparadigma enfermero que engloba conceptos principales como son, la persona, la salud, el entorno y el papel de la enfermera han tenido distintos enfoques a lo largo de la historia de la enfermería profesional.

Para Nightingale las fuerzas externas influyen en el organismo del individuo, pudiendo alterar ese bienestar mantenido que define como salud. El Cuidado ejercido por la enfermera tendrá como objeto la reparación de esa salud perdida⁴⁸, y la relación interpersonal que se establece entre el paciente y la enfermera es la del alguien necesitado de cuidados y una persona con preparación que le capacita el ofrecerlos.

⁴⁸ Nightingale F. Qué es y qué no es. 1 ed. Barcelona: Elsevier/ Masson; 1990.

Para Peplau la salud consta de condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan. Considerada la madre de la enfermería psiquiátrica, sin duda otorga una importancia extrema a la relación interpersonal de la enfermera y el paciente, y secuenciando el proceso de atención al paciente mediante interacciones terapéuticas consigue alcanzar el equilibrio buscado ⁴⁹.

El modelo de suplencia de Virginia Henderson sitúa al hombre en un estado de salud que va ligado a funcionar con independencia. La relación de la enfermera con el paciente tiene como objetivo, suplir aquellas necesidades que él no puede ejercer por sí mismo, bien por desconocimiento, voluntad etc.⁵⁰. Sin duda su figura es clave, una revolución dentro de la enfermería que se aleja del modelo de enfermera paramédico buscando su propia esencia y función social.

Por su parte Dorothea Orem situó el concepto de salud como una integridad de los componentes biológicos, simbólicos y sociales. Su teoría del autocuidado en la que el hombre ejerce su propio cuidado dependiendo de su edad, conocimiento, experiencia o recursos intelectuales, lo sitúa como principal responsable de su propia salud. Orem entiende la relación de cuidados enfermeros como un servicio especializado ejercido por un profesional capacitado y centrado en una persona que no puede ejercer el autocuidado⁴³.

Especial interés tiene el modelo de Martha Rogers que nos habla de un concepto unitario del ser humano. Aunque no utiliza el término holístico deja claro que el ser humano enfermo, ese frente al que nos encontramos con frecuencia no es la mera suma de “partes” a las que cuidar o tratar. Rogers utiliza el concepto de salud en relación directa con la percepción del individuo y su cultura. De tal forma que nos habla de la relación enfermera- paciente como una relación cuyo objetivo es el fomento de la salud y el bienestar de los individuos⁵¹.

Por su parte Callista Roy con su modelo adaptativo nos habla del hombre como elemento holístico y su concepto de salud, que evolucionó desde un continuo desde la muerte al bienestar, hasta la definición en sus últimas etapas al señalar que *la salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés, sino que es la capacidad de combatirlos del mejor modo posible*. Roy nos habla de la relación enfermera

⁴⁹ Kérouack S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. Concepciones de Nightingale a Parse. En: El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier /Masson; 2007. p. 23-45.

⁵⁰ Henderson V. Desarrollo de un concepto personal. En.: La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1994.p.9-33.

⁵¹ Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos Enfermeros. En: Modelos y Teorías en Enfermería.Barcelona:Elsevier;2007.p.227-404.

paciente como de una interacción humana cuyo objetivo es lograr la adaptación del individuo a su entorno⁴⁵.

Por último con la Escuela del Caring, Watson y Leininger nos acercan a un ser humano donde las tres esferas alma, cuerpo y espíritu son esenciales a la hora de entender el concepto de Cuidado. Dentro de esta Escuela la salud se relaciona con la coherencia entre lo vivido y lo percibido siempre teniendo en cuenta el aspecto cultural según señala Leininger. El Cuidado enfermero supone un proceso intersubjetivo de humano a humano con el fin de mejorar su salud. La fase inicial del Cuidado comienza cuando la enfermera es capaz de percibir y sentir lo vivido por el paciente⁴³.

De todas las corrientes de pensamiento sin duda en el tema que nos ocupa del Cuidado humanizado, debemos de buscar en la Escuela del Caring y concretamente en Watson un referente teórico enfermero que nos alumbre en nuestra labor profesional.

5. Humanización y Cuidado enfermero

La base de la disciplina enfermera se asienta sobre un cuerpo de conocimientos sistemáticos estructurados que sirven de sustento a su esencia, el Cuidado. La forma organizada del cuidar constituye una disciplina humana y sanitaria que utiliza conocimientos fisiológicos, biológicos, sociológicos etc.⁵².

Aunque el Cuidado se haya presente en todas las fases de la vida del hombre, existen momentos “claves” donde su presencia es garante de la protección de la vida humana y de su dignidad. En este sentido Leonardo Boff señala: *El cuidado está especialmente presente en los dos extremos de la vida, en el nacimiento y en la muerte. El niño sin cuidado no puede existir. El moribundo necesita cuidado para salir decentemente de esta vida*⁵³. El Cuidado es una actitud, un modo de ser mediante el que la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud⁵⁴.

La evolución de la profesión enfermera ha caminado hacia la aplicación de una metodología que permite aplicar los conocimientos teóricos a la práctica de nuestro quehacer diario como profesionales. La sistemática de trabajo citada, hace de la enfermería una profesión que integra relaciones interdependientes con otras áreas de la salud e independientes en el desarrollo

⁵² García Martín-Caro C, Martínez Martín ML. Etapa de la Enfermería profesional. Historia de la Enfermería. Madrid: Harcourt;2001.p. 159-185.

⁵³ Boff L. Tiempo de crisis, tiempo de cuidado. Deia 2012 Junio 6;Tribuna Abierta:8

⁵⁴ Álamo Santos M. La idea de cuidado en Leonardo Boff. Revista Tales. 2011; (4) : 243-253.

de su propio conocimiento. En este contexto el profesional enfermero debe incorporar en su labor profesional valores humanistas e integrales.

5.1 El Cuidado Humanizado

Al Cuidado le define su dimensión humana, su carácter de imperativo moral, el afecto, la interacción interpersonal y la intervención terapéutica⁵⁵.

En la búsqueda de un Cuidado humanizado debemos conocer qué entiende el paciente por el mismo⁵⁶ con el fin de clarificar esta relación Cuidado-humanización⁵⁷.

Cuando hablamos de un Cuidado humanizado hablamos de un Cuidado integral, que incluya aspectos físicos, biológicos, sociales y espirituales. Esta visión holística del ser humano ha sido la razón de ser de la disciplina enfermera desde los inicios de su etapa profesional, que sin embargo se ha desdibujado en el transcurso del siglo XX en parte por su dependencia de la profesión médica y en parte por la fascinación por la tecnología sanitaria.

Podríamos decir que esta visión global es una clara diferencia de la profesión médica. Mientras el enfoque médico del paciente obedece a una visión exclusivamente causal, la profesión enfermera tiene una visión global del proceso del paciente que no solo es más respetuosa con la globalidad del individuo, sino que tiene más posibilidades de éxito a la hora de atender al paciente. Es la visión desde un metaparadigma empírico eminentemente médico frente a un metaparadigma interpretativo eminentemente enfermero⁵⁸. La visión del paciente bajo un modelo exclusivamente causal tiende a la aparición de la objetivización del ser humano.

Otro aspecto esencial del Cuidado enfermero marcadamente humano es la visión de unicidad¹⁶ y singularidad de nuestros pacientes. La demanda asistencial que no ha dejado de crecer en las últimas décadas ha puesto en marcha distintos sistemas con el fin de unificar la atención al paciente. Con frecuencia el abuso de estos Protocolos o Guías clínicas ha traído consigo la pérdida de la visualización de nuestro paciente como único, trayendo consigo no solo una pérdida de valor en el Cuidado sino un incremento en ocasiones de mala praxis.

⁵⁵ Acosta Queralta L G, Freire Cardoso J F. El modelo de Actuación de Enfermería y su valor Humanista. Bioética [Internet]. 2013 en-abr [Consultado 2014 oct 14]; 13 (1): 8-13. Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/131/131-0813.pdf>

⁵⁶ Vargas Toloza R E. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: enfermería pieza clave en la atención. Ciencia y cuidado. 2007; 4(4): 21-27.

⁵⁷ Waldow VR, Figueiró Borges R. Cuidar e humanizar: relações e significados. Acta paul.enferm[Internet]. 2011 [Consultado 2014 jun 8];24(3):414-415. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>

⁵⁸ Monti E J, Tingen M S. Multiple Paradigms of Nursing Science. Adv Nurs Scie.1999;21(4):64-80.

Este desarrollo tecnológico y su paralela especialización ha ido fragmentando conocimientos y con mucha frecuencia fragmentando la atención. Un Cuidado fragmentado del paciente basado en aparatos, patologías o especialidades no puede constituir un Cuidado humanizado.

El aspecto vocacional de la profesión es controvertido por su vinculación inicial a congregaciones religiosas. No obstante la vocación es elemento esencial del Cuidado humanizado y que no debe de limitarse a “que hacer” sino “como hacer” desarrollando actitudes, aptitudes y valores⁵⁹. Es más, la presencia de la vocación es una buena línea fronteriza: *definir la frontera entre sanidad como vocación y sanidad como empresa técnica o producto de mercado*⁶⁰.

Un Cuidado humanizado sitúa al paciente en el centro de nuestra atención. Esta idea ha inspirado con frecuencia líneas estratégicas de Planes de Calidad y de Cuidados aunque no siempre se han cumplido. Incluso se ha sugerido la idea de sustentar teóricamente bajo un marco filosófico el reconocer en el paciente cuidado la razón de ser sin la cual el resto no tiene sentido, y la que permite un Cuidado humanizado⁶¹.

Como en toda relación clínica, la relación interpersonal y la comunicación son esenciales en el Cuidado enfermero. La comunicación en el entorno de un Cuidado humanizado debe de contar con una escucha activa que principalmente permita al paciente expresar sus sentimientos. La “escucha” del lenguaje gestual y de los silencios es igual o casi más importante que las palabras⁶².

⁵⁹ Rodríguez Rodríguez L, Jordán Jinez M L. La vocación, Elemento Esencial en el Cuidado de Enfermería. Desarrollo científico Enfermero. [revista en la Internet] 2010 jul. [Consultado 2014 oct 20]; 18(6): 261-264. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/18/18-261.php>

⁶⁰ Plumed Moreno C. La humanización de la asistencia: Bioética y Calidad de Vida. Área de Bioética Especial. Master en Bioética y Humanización de la Asistencia. Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Sevilla.2008.

⁶¹ Rodríguez-Artavia A. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. Enfermería en Costa Rica.2011; 32(1): 37-42.

⁶² Waldow V R. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Index Enferm [revista en la Internet]. 2014 oct-dic [Consultado 2015 ene 9];23(4):234-238. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009&lng=es

5.2 Marcos enfermeros y sistemas de salud en el Cuidado Humanizado

Parte de la teoría enfermera sirve de sustento de un Cuidado humanizado. La base teórica de este, puede pasar por las corrientes existencialistas que se alejan del positivismo reduccionista base habitual de la filosofía occidental⁶³.

En este sentido cabe destacar a Peplau con su Teoría de la Relaciones Interpersonales que inspirada en determinados campos como la filosofía o la psiquiatría, establece un marco de relación integral con el paciente y abre camino a una visión del mismo alejada del reduccionismo⁶⁴. La utilización de este modelo humanista que orienta a la enfermera a reconocer la globalidad del ser humano, es una oportunidad para transformar y dignificar la relación enfermera-paciente principalmente en su contenido humano⁶⁵.

El modelo de Watson merece mención especial en la búsqueda de un Cuidado humanizado al definir el Cuidado para la enfermería como su razón moral, afirmando que el Cuidado no solo requiere una enfermera capaz desde el punto de vista académico o científico, sino que debe ser un agente humanitario y moral. Señala asimismo que con frecuencia existe discrepancia entre la teoría y la práctica o aspectos científicos o artísticos del Cuidado, y ello es así en parte por la discrepancia entre los valores científicos y humanísticos⁶⁶. En consonancia con Watson, Leininger aúna en la Escuela del Caring la visión más holística del ser humano desde la teoría enfermera.

Cuando miramos nuestro entorno profesional podemos preguntarnos si existe una crisis del Cuidado y por extensión del Cuidado humanizado.

⁶³ Guevara B, Zambrano de Guerrero A, Evies A. Cosmovisión en el cuidar de sí y cuidar del otro. *Enferm glob* [revista en la Internet]. 2011 ene [Consultado 2014 sept 18]; 10(21): 1-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100021&lng=es

⁶⁴ Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Teorías de la Enfermería de importancia histórica. En: *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona : Elsevier; 2007.p. 54-67.

⁶⁵ Arredondo-González C P, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. *Index Enferm* [revista en la Internet]. 2009 ene-mar [Consultado 2014 ene 21]; 18(1): 32-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es

⁶⁶ Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Filosofías . En: *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona : Elsevier; 2007.p. 71-223.

La globalización general que nos rodea ha alcanzado a la Sanidad e incluso está influyendo negativamente en la misma y especialmente en el Cuidado⁶⁷.

La idea de que nuestros sistemas de salud no son sostenibles y debe recaer en la sociedad parte de la “carga” de la atención al paciente, favorece el desarrollo de centros sanitarios donde lo que predomina es el diagnóstico y el tratamiento, y donde los cuidados han perdido valor y se intenta en la mayoría de los casos que ese peso recaiga en los domicilios. Esta visión trae pareja una sobrecarga de la enfermería de Atención Primaria y en segundo lugar un “dejar caer” la responsabilidad del Cuidado en las familias. Este segundo aspecto viene agravado por el sistema social actual donde la mujer ha variado su papel y no es habitualmente la cuidadora de la familia. Con frecuencia este “problema” se “soluciona” con la contratación de personal inmigrante no cualificado que merma la calidad del Cuidado.

Urge por tanto el empoderamiento del Cuidado como única herramienta no solo para una asistencia sanitaria humanizada sino de calidad.

Por último debemos acercarnos al marco teórico que Todres et al⁶⁸ proponen en cuanto a un Cuidado humanizado, basado en ocho dimensiones que definen un cuidado humanizado/deshumanizado: subjetivo (incluye emociones y sentimientos)/objetivo, activo/pasivo, único/homogéneo, integrado/aislado, personificación del significado clínico/ pérdida de la visión clínica personal, trayecto vital/pérdida del trayecto vital, integrado/desplazado, personificación/reducción a datos y relación cuerpo-mente/reduccionismo.

La utilización de este modelo teórico de Cuidado humanizado mediante la implantación de “tareas” vinculadas a cada dimensión en el quehacer diario enfermero, es una opción a tener en cuenta^{69, 70}.

⁶⁷ Germán Bes C, Hueso Navarro F, Huércanos Esparza I. El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enferm glob [revista en la Internet]*. 2011 jul [Consultado 2014 nov 3];10(23):221-232. Disponible

en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300016&lng=es

⁶⁸ Todres L, Galvin K L, Holloway I. The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*.2009;4:68-77.

⁶⁹ Hemingway A, Scammell J, Heaslip V. Humanising nursing care: a theoretical model. *Nursing Times*.2012;108(40):26-27.

⁷⁰ Hemingway A. Humanity respect and dignity are the foundations of practice. *Nursing Times*.2012;108(40): 11-12.

6. Humanizar la asistencia sanitaria

La asistencia sanitaria humanizadora debe de estar centrada en el ser humano que con su dignidad y derechos, independiente del grado de autoconsciencia y autonomía⁷¹, es en su enfermedad donde se percibe lo verdaderamente humano⁷².

Humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona humana, coherente con sus valores peculiares e inalienables⁷³.

Cuando hablamos de deshumanización debemos “echar” una mirada a la sociedad que nos rodea. Una sociedad global donde el término más global es la propia deshumanización. Donde el elemento económico domina a lo social y personal, y donde prima lo rentable sobre lo humano.

La profesión sanitaria en general y la enfermería en particular son actividades intrínsecamente humanas y humanizadoras, ya que parten de una humanidad voluntaria del profesional de salir al encuentro de ese ser vulnerable, para cubrir sus necesidades, prevenir su sufrimiento, ayudarle a enfrentar su limitación, recuperar su equilibrio y ayudarle a vivir lo más autónomo posible⁷⁴.

Nuestra preocupación por la humanización sanitaria tiene su origen en considerar que nuestra relación profesional con el paciente así como de los centros sanitarios, debe ser el cimiento sólido sobre el que se construye todo el entramado de la atención sanitaria. Sin embargo, si preguntamos en este sentido a nuestro alrededor tanto a profesionales, pacientes, familiares incluso gestores vemos que la respuesta no es positiva. Solo con asomarnos a un centro sanitario u hospital podemos ver cuál es el “escenario” que nos rodea.

De tal forma que desde hace años no son pocos los profesionales que han dado la voz de alarma en este sentido^{3,10,11,54,55,75,76,77,78}.

⁷¹ Pereira- Menaut A C, Pereira Sáez C. De nuevo sobre la dignidad humana. Cuadernos de Bioética. 2014 my-ag; XXV (84): 231-242.

⁷² GarcíaSánchez E. El rescate de lo humano en el enfermo que se muere. Cuadernos de Bioética. 2012; 23 (1): 135-150.

⁷³ Brusco A. Humanización de la asistencia al enfermo. 1ª ed. Santander: Sal Terrae; 1999.

⁷⁴ Bermejo J C. Deshumanización y salud. En: Humanizar la asistencia sanitaria. Madrid: Desclée de Brouwer S.A; 2014.p. 17-66.

⁷⁵ Cánovas Tomás, M A. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión [tesis doctoral]. Murcia. Departamento de Teoría e Historia de la Educación de la Universidad de Murcia;2008.

Evidentemente admitir la existencia de esta situación desde la profesión sanitaria es reconocer en parte un gran fracaso, ya que actividades llamadas a una relación eminentemente humana se mueve en un escenario muy alejado del mismo.

Hablar del proceso de humanización de la asistencia sanitaria obliga a replantearse elementos esenciales de la profesión que siendo básicos en la formación de todo profesional, han quedado con frecuencia ocultos o incluso sustituidos por valores o actitudes “premiadas” en la sociedad donde nos movemos.

Humanizar un hospital es impedir que se pase de largo junto al hombre, impedir la inhumana división de hombre y enfermedad. De tal forma que introducir en un centro sanitario la dimensión de humanidad, del respeto, de la respuesta a las necesidades y motivaciones del paciente, significa aceptar un reto de superación, con frecuencia vinculado a la arrogancia del saber científico y zambullirse en un proceso de reidentificación con el individuo que sufre⁷⁹. Hablar de un sistema sanitario humanizado requiere poder utilizar la libertad como enfermo, persona y ciudadano⁸⁰.

7. Planes de Humanización de la asistencia sanitaria

Desde el año 1984 se han sucedido distintas iniciativas en la búsqueda de una asistencia sanitaria más humanizada. La primera, fue la puesta en marcha del **Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria**⁸¹, justificada por la indefensión que crea en el paciente la enfermedad. Este Plan supuso en su momento una innovación extraordinaria y señalaba que la humanización afectaba a elementos de gestión, mentalidad o competencia profesional además de algunos no fácilmente medibles como el sufrimiento. En su

⁷⁶ Calero Martín de Villodres P. La enfermería y la Humanización. Index Enferm [Internet].2004 Nov [Consultado 2015 Mar 11]; 13(46):69-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200015&lng=es

⁷⁷ Arraez V. Los jefes de UCI piden humanizar los hospitales, donde mueren el 80% de las personas. La opinión de Murcia 2010 Nov 27; Sec Región: p 12.

⁷⁸ Rodríguez A. Hacia la humanización en salud. Ars Medica.2005; 10(10):38-42.

⁷⁹ Marchesi P L. La humanización de la asistencia. Madrid: Secretariado Interprovincial de España. 1981.

⁸⁰ García- Conde J, García-Conde A. Humanización en la asistencia clínica oncológica. Psicooncología. 2005; 2(1): 149-156.

⁸¹ INSALUD. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. 1984.

presentación ya se indicaba que un sistema sanitario humanizado es aquél que está al servicio de la persona, concebido para el hombre ⁸².

El Plan de Humanización del 2001 de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana se desarrolló posteriormente con Planes de Calidad para garantizar el ejercicio real de los derechos constitucionales⁸³.

En el Principado de Asturias se puso en marcha en el 2004 el **Plan de Confortabilidad del Servicio de salud del Principado de Asturias**, que a pesar de su título tiene un objetivo eminentemente humanizador⁸⁴. En su prólogo señala que el ambiente sanitario y especialmente el hospitalario son con frecuencia ajenos e incluso hostiles en su presentación al usuario. Reconoce que el gran desarrollo tecnológico alcanzado en la asistencia sanitaria ha podido descuidar el entorno donde se presta la atención. El Plan tiene como origen una “puesta en común” de posibles mejoras entre profesionales y pacientes. De igual forma recoge las deficiencias apreciadas por los pacientes en una macroencuesta del año 2003.

El Plan de los Pequeños Detalles como lo refieren tiene como objetivo que el ciudadano no se sienta desprotegido e inseguro en un medio tan duro como el hospitalario, cuidando pequeños detalles que le permitan mantener su dignidad.

El Plan de Humanización de los Servicios Sanitarios de Canarias de 2007 se conformó con un objetivo estratégico de mejora de comodidad, seguridad y satisfacción de los pacientes⁸⁵. Ha incidido principalmente en la formación de sus profesionales mediante talleres que permitiesen identificar características del trato humanizado, centrándose esencialmente en el aspecto de la comunicación.

En Andalucía se han presentado algunos planes de humanización vinculados a procesos asistenciales. Destacamos el **Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía**⁸⁶.

⁸² Raventós F. Jornadas sobre la Humanización de la Atención Sanitaria. Madrid. 21 y 22 de Noviembre 1984.

⁸³ Plan de Salud de la Comunidad Valenciana [2001-2004]. Plan de humanización de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana. Disponible en:

<http://www.san.gva.es/documents/153218/167779/iplandesaludcv0104.pdf>

⁸⁴ Plan de Confortabilidad del Servicio de salud del Principado de Asturias de 2004.

Disponible en:

http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/As_Organizacion/plan_confortabilidad.pdf

⁸⁵ Plan de Humanización de los Servicios Sanitarios. Consejería de Salud. Gobierno de Canarias. Disponible en: <http://www.gobcan.es/sanidad/>

⁸⁶ Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. Disponible en: <http://www.perinatalandalucia.es/>

No podemos olvidar mencionar el Centro de Humanización de la Salud de los Camilos⁸⁷. Situado en la localidad de Tres Cantos en Madrid, es una entidad que desde una perspectiva de la globalidad humana aborda la Humanización Sanitaria desde formación pre y postgrado, investigación, organización de Jornadas, publicaciones, participación en redes sociales etc. Sin duda representa una iniciativa interesante a tener en cuenta.

Creemos que el Plan de Humanización de la atención sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-20013

⁸⁸ merece una mención especial porque bajo este epígrafe se incluye un plan general asistencial con marcado carácter humanizador. El Plan adopta aspectos novedosos como el contar con dos estudios sobre humanización.

El primero, se marca como objetivo el conocimiento de aptitudes, opiniones, conocimientos y expectativas de los grupos directivos y de los usuarios en materia de humanización.

El grupo directivo relaciona el concepto de humanización con la empatía, el respeto a la dignidad y autonomía del paciente y calidad de trato. Reconoce que la sobrecarga y la presión asistencial se comportan como factores que dificultan el trato humano. También recoge que la propia estructura organizativa puede ser un elemento que cree dificultades en este aspecto. De igual forma señala que la presencia de deshumanización es más común en atención especializada que en primaria.

En cuanto a los usuarios se posicionaron claramente en un concepto del paciente biopsicosocial, la importancia de la empatía y el trato afectivo-cariñoso. Destacaron además un alejamiento de los profesionales del paciente y una actitud fría. Señalaron asimismo la falta de formación de los profesionales en materia de comunicación y resolución de conflictos.

Los pacientes aprecian que existe una disminución de un buen trato conforme desciende la categoría profesional, achacada bien a falta de formación o a la apreciación de la figura del médico como un "Dios". Sin embargo los pacientes son conscientes del papel cada vez más exigente del ciudadano y reivindican un alejamiento del discurso paternalista.

Se realizó además un estudio Delphi que incluía pacientes y profesionales.

Ambos identificaban el concepto de humanización en relación con un trato personalizado y cercano, tener respeto a la intimidad de las personas,

⁸⁷ Centro de Humanización de la Salud. Disponible en: www.humanizar.es/

⁸⁸ Plan de Humanización de la atención sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013. Disponible en: http://www.aupej.org/salud/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=3

percibir una igualdad social de trato, tener confidencialidad en la asistencia, beneficiarse de una información completa y comprensible, y disfrutar de respeto mutuo. En menor medida señalaban el fenómeno de la humanización con aspectos como la accesibilidad o el confort, destacando en este último término que más confort no supone una Sanidad más humanizada. Asimismo destacan la necesidad de compaginar en la atención sanitaria calidad humana y calidad asistencial.

Ambos colectivos identifican como dificultadores de una atención humanizada los siguientes elementos: masificación del sistema sanitario, desmotivación profesional, tiempo escaso de atención al paciente, falta de formación en comunicación y relaciones interpersonales, problemas de coordinación entre servicios, intereses de directivos, corporativismo y problemas laborales (inestabilidad profesional) entre otros.

Los profesionales perciben tener más vinculación con la humanización sanitaria de forma particular que como colectivo. También señalan que aprecian un cambio de rumbo en los últimos años donde se han incrementado los niveles de incidentes de agresividad hacia los profesionales, generando en el colectivo desmotivación, actitudes defensivas, temor e irritación.

8. Los elementos de una asistencia humanizada

8.1 El Paciente

Cuando hoy día nos acercamos a nuestros pacientes comprobamos con una simple “ojeada” que son muy diferentes a los de hace pocos años. Los profesionales, sobre todo de cierta edad, sienten con frecuencia perplejidad porque el marco de relación con el paciente que aprendieron en su formación, con mucha frecuencia ha quedado obsoleto, no les sirve e incluso puede causarle conflictos. El paciente reclama su protagonismo, su personalidad. Sin embargo muchos profesionales se preguntan: ¿cómo reconociendo que cada paciente es único y reclama su singularidad como garante del respeto a su dignidad, podemos compaginarlo con una Sanidad masificada?⁸⁹.

8.1.1 El paciente de hoy

Los pacientes viven en un entorno, la sociedad, que sin ninguna duda ha experimentado un cambio “brutal” durante el siglo XX y más aún en sus últimas décadas. Una sociedad cambiante sometida a continuos vaivenes de carácter social, político, y sobre todo tecnológico, crea un entorno que como señala Jovell está vinculada al concepto de now-history o “historia en tiempo real” que no permite en general a la sociedad y en el tema que nos ocupa a los

⁸⁹ Broggi M A. Gestión de los valores “ocultos” en la relación clínica. Med Clin.2003 nov;121(18):705-709.

agentes sanitarios una respuesta a tiempo. Es decir la velocidad del cambio es mayor que la de reacción⁹⁰.

Una sociedad tan cambiante e inestable crea una situación de incertidumbre donde curiosamente se convive con la paradoja de un aumento de la desconfianza en el profesional sanitario y una desmesurada sacralización de la ciencia y tecnología sanitaria^{3,43,67}.

Esta pérdida de confianza en el profesional es grave en cuanto a la relación clínica, cuyo objetivo final es el Cuidado del paciente, convirtiéndose además en un dinamizador de las denuncias y reclamaciones hacia el profesional.

La atención de nuestros pacientes no suele ser unipersonal sino que recae en un equipo, lo que puede llevar a confusión para focalizar el interlocutor. La propia figura del paciente ha variado incluso en su nomenclatura dificultando con frecuencia su enfoque. De enfermo hemos pasado a paciente y de este a cliente.

Sin embargo, la visión del paciente como cliente trae unido el concepto de salud como bien de consumo con las consecuencias correspondientes: ¿se puede adquirir salud? ¿en qué contexto? ¿quién puede adquirirla? ¿qué límites hay? ¿quién sufraga el gasto? y lo qué es más importante ¿qué es salud?.

En esta concepción radica el origen de un conflicto muy habitual en el marco sanitario, de tal forma que existe *“una tensión entre una organización diseñada para atender enfermos de forma gratuita y universal, y una concepción del paciente como usuario, cliente o consumidor”*⁹⁰. Es decir existe una contradicción a causa de una doble oferta por parte de la organización sanitaria: la salud como un derecho y la salud como un bien de mercado.

Por otra parte el paciente inmerso en una sociedad tecnológica y dominada por la información, con frecuencia no es un individuo con mejor conocimiento y más responsable sobre la salud. Incluso un incremento de la alfabetización social no ha incrementado la alfabetización sanitaria. Se requiere una mayor formación y responsabilidad en su salud así como de la utilización de los recursos⁹⁰.

La sociedad hedonista donde viven pacientes y profesionales, propicia que desde distintos sectores (industrias farmacéuticas, corrientes de opinión, etc.) se “venda” a la población la inutilidad de los síntomas y la necesidad de ser tratados. La consecuencia es la medicalización extrema de nuestra sociedad evitando los signos, pero sin tratar el origen. Una sociedad que gasta millones de euros en fármacos para tratar los síntomas de la obesidad, la ansiedad o los dolores musculoesqueléticos en lugar de afianzar hábitos de vida saludables, está en realidad enferma de su propia medicalización y exige un importante desarrollo de las instituciones sanitarias.

⁹⁰ Jovell A J. El paciente del siglo XXI. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3):85-90.

Sin embargo lo que no cabe duda es que cuando enfermamos nos convertimos en seres indefensos, vulnerables, con aumento de nuestra sensibilidad, y necesitados de atención y cuidado. Esta situación que hasta hace poco era aceptada por el paciente y sus familiares como inevitable, es vivida cada vez más como una circunstancia que amenaza a nuestra situación vital y debe mejorarse. De tal forma que manifestaciones como la de Tusquets no son excepcionales:

“Pero tal vez el caso extremo de indefensión dentro de la vida que consideramos normal (o sea, dejando a un lado las cárceles, los manicomios, las guerras, las catástrofes) se dé en las consultas de los médicos y en los grandes centros hospitalarios, sean públicos o privados. Muy fuerte tiene uno que ser para, ante la enfermedad propia o la de un ser querido, no sentirse perdido e inerte en los pasillos y las salas de espera o de urgencias, donde con frecuencia nadie te dice nada, ni te explica nada, ni parece verte siquiera. En ese estado de indefensión total, una palabra alentadora, un gesto cariñoso, puede atenuar tu ansiedad y serte más útil que los conocimientos del más sabio de los doctores del centro”⁹¹

Ni siquiera esta vivencia angustiosa se limita a situaciones críticas, también las percibimos en actos sanitarios más cotidianos⁹². Cuando enfermamos nos percatamos que todas esas ideas que eran potenciales sobre la enfermedad, son reales. La vulnerabilidad a que nos somete la enfermedad no solo es física, sino también psicológica que se manifiesta con miedos, ansiedad o incertidumbre, amén de la social donde perdemos el papel que hasta ahora era “el nuestro”, por no olvidar la espiritual o de creencias cualesquiera que sean, que hasta ese momento sustentaban nuestra vida diaria.

La enfermedad altera de manera global al individuo, por una parte en su dimensión física con alteraciones que podemos fácilmente cuantificar y por otra en su dimensión interna mucho menos medible y que afectan a sus expectativas, esperanzas, miedos, es decir a su mundo afectivo y relacional⁶². Sin duda alguna es sobre esta faceta interior donde el Cuidado humanizado debe centrar su quehacer.

Pensemos en pacientes ajenos a las instituciones sanitarias que cuando son atendidos sobre todo si están ingresados en centros hospitalarios viven una serie de circunstancias que como poco le inquietan. La amenaza vital del ingreso, la separación de sus familiares, el lenguaje incomprensible, pruebas a

⁹¹ Tusquets E. Elogio de la amabilidad. El país. 2009 en 11. Sec opinión: p 18.

⁹² Bosnic M R. Humanización de la salud. Revista de Investigación y Docencia.1999;(Agosto):1-28.

veces dolorosas, pérdida de autonomía en actividades básicas como el aseo, comentarios que pueden oír a los sanitarios y que les inquietan, son algunos de los elementos estresores al que se somete con frecuencia un paciente al ser atendido en nuestra Sanidad⁵⁶.

8.1.2 Modelos de relación clínica y autonomía del paciente

Los modelos de relación clínica⁹³, donde habitualmente nos movemos en Sanidad han variado. Desde un modelo Paternalista se ha evolucionado a un modelo Informativo o incluso Contractual (muy acorde con nuestra sociedad de mercado), donde el clínico se limita a ofrecer una información, más o menos pormenorizada solicitando el permiso para realizar el procedimiento. La desvinculación emocional e incluso de implicación hace de este modelo un elemento que puede confundir, *“el respeto con la falta de implicación y la beneficencia esperada con un paternalismo desechado”*⁸⁹.

Un tercer modelo, el Interpretativo o Personalizado trata de comprender los valores, perspectivas y singularidad del paciente. Aún con todos los aspectos positivos de este modelo los sanitarios no podemos caer en el error de asumir el papel de intérprete de los deseos del paciente.

Por último el modelo Deliberativo donde el objetivo es llegar a una decisión corresponsable después de una información adecuada y satisfactoria es quizás la mejor opción. Incluso un paso más allá a la búsqueda del valor oculto⁸⁹, es decir indagando por qué un paciente es reactivo a determinado procedimiento, cuidado o tratamiento.

En estos últimos años se ha caído con frecuencia en una pseudoautonomía del paciente amparada en el ejercicio del consentimiento informado. Incluso se suele confundir el consentimiento informado con el documento que sirve para otorgar el mismo. El derecho a ser informado es el reconocimiento de la autonomía del paciente y de su propia dignidad, y no un mero trámite o instrumento frente a quejas y denuncias⁴, o un acto puntual y aislado que no precisa continuidad⁹⁴. No es de extrañar por tanto que cuando se realiza algún estudio sobre este tema afloren déficits importantes, no solo desde el punto de vista legal sino ético^{95,96}.

⁹³ Emanuel E J, Emanuel L L. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A, editors. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela;1999.p. 95-108.

⁹⁴ Gracia D, Júdez J. Ética en la práctica clínica. 1 ed. Madrid: Triacastela;2004.

⁹⁵ Rubiera G, Arbizu R, Alzueta A, Agúndez JJ, Riera JR. La legalidad de los documentos de consentimiento informado en los hospitales de Asturias. Gac Sanit. 2004; 18(2):153-158.

⁹⁶ Del Brío MA, Riera J. Reflexiones sobre el consentimiento informado. Propuesta para el análisis de los documentos de consentimiento informado. Rev Calidad Asistencial. 2006; 21(4):213-219.

8.1.3 La satisfacción del paciente

En la transformación de las organizaciones sanitarias se incluye el estudio de la satisfacción del paciente sustentado por la teoría de la “Desconfirmación de las expectativas”, basada en la diferencia entre lo que el paciente esperaba obtener y lo que dice haber obtenido⁹⁷, centrándose en las expectativas y orientando los objetivos al logro.

Aunque las expectativas se vinculan a factores culturales, sociales o de vivencias previas, suelen centrarse en tres áreas: relaciones interpersonales incluidas la información y el trato humanizado, aspectos técnicos en relación a diagnósticos y tratamientos, y aspectos relacionados con el confort⁹⁸.

Últimamente la búsqueda del incremento de calidad se ha centrado en evaluar mediante resultados, incluso en cuanto a resultados de procedimientos aunque este aspecto no es bien aceptado por algún sector sanitario⁹⁹. Sin embargo esta visión tiene un aspecto limitante, al centrarse en aspectos tangibles y poco en aspectos más difíciles de cuantificar como trato humano, empatía en la relación, o cercanía, precisamente aspectos de la relación clínica directamente relacionados con una asistencia humanizada.

Los instrumentos más habituales a la hora de recabar la opinión de los pacientes suelen ser informe de usuarios, encuestas de satisfacción o grupos focales⁹⁸.

Entre los estudios que abordan la opinión de los pacientes sobre la prestación recibida y más concretamente sobre la atención enfermera destacamos el de Galeano et al, que analiza la opinión de los pacientes sobre tres aspectos: **la rutina del trabajo, presentación y trato, e idoneidad**. De los 16 ítems medidos sobresale con más nivel de insatisfacción la higiene de ropa, la información facilitada sobre la normativa del Servicio y la no presentación del profesional como su referente enfermero¹⁰⁰.

Por su parte Fernández y Granero identifican en su estudio las principales causas de reclamación. El primer lugar lo ocupa la demora en atención (50%) del paciente ya citado, siendo parcialmente corresponsables a continuación, la información y el trato (9%), pérdida de documentación u objetos (10%), material y equipamiento (11%), y mala praxis, incluyendo a todo el personal, el resto. Hay que destacar que aunque las reclamaciones a

⁹⁷ Mira JJ, Rodríguez J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. Rev Calidad Asistencial. 2000;5:36-42.

⁹⁸ Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial. 2002;17(1):22-29.

⁹⁹ Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin. 2000; 114(Supl 3):26-33.

¹⁰⁰ Galeano H, Furlán C, Auchter M, Balbuena M, Zacarías G, Zacarías L. Nivel de satisfacción con la atención de enfermería en un hospital pediátrico. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. 2006; Resumen M-134

enfermería del Servicio por falta de información y mal trato constituyen un 9%, durante el mismo periodo se registraron en el centro hospitalario un 18% por el mismo motivo¹⁰¹

En el estudio de Ibarrola et al se analiza el nivel de satisfacción de los cuidados enfermeros desde la perspectiva del paciente, y de los enfermeros/auxiliares de enfermería identificando en este estudio descriptivo cuales son los puntos “fuertes” y “débiles” de la atención. Aunque existe concordancia en los tres grupos de ítems mejor valorados, cuidado de la intimidad, amabilidad y comprensión, no es así en los peor valorados y vuelve a ser la falta de identificación como enfermera responsable (como en Galeano et al⁹⁸ y González et al¹⁰²) el ítem peor valorado por el enfermo siendo sin embargo por parte de la enfermería la seguridad en la calidad asistencial¹⁰³.

Solano y Siles centran su estudio en unidades de cuidados críticos. El estudio cualitativo señala como inicialmente el paciente debido a la gravedad de su proceso manifiesta menos ansiedad o soledad, incrementándose estos al mejorar su estado en parte al cambiar el objeto de preocupación, y por otra parte al estabilizarse la enfermedad, el paciente se puede preocupar por las consecuencias de la misma en el resto de su vida, como la adaptación a nuevo tipo de vida, consecuencias en su familia, limitaciones para su trabajo etc.¹⁰⁴.

Álvarez de la Rosa et al, investigaron el grado de satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería asociado al sexo y a datos sociodemográficos. Se utilizó el cuestionario SERVQUAL donde las dimensiones tratadas fueron la **tangibilidad** en relación a elementos de apariencia de material, instalaciones, o equipos, la **empatía** en relación al cuidado y atención personalizada, la **seguridad** vinculada al conocimiento del profesional sobre su quehacer, la **fiabilidad** en relación a la obtención del servicio concertado y la **capacidad de respuesta** que se vincula a la rapidez del servicio y la voluntad de ofrecerlo. No hubo diferencia significativa asociada

¹⁰¹ Fernández Sola C, Granero Molina J. Reclamaciones del usuario: Un instrumento evaluador de los cuidados enfermeros. Index Enferm [Internet]. 2004 mar [Consultado 2014 feb 15];13(47):21-25. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300005&lng=es

¹⁰² González-Valentín MA, Padín López S, Ramón Garrido E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. Enferm Clin.2002; 15(3):147-155.

¹⁰³ Ibarrola Izura S, Beortegui E, Oroviogicoechea C, Vázquez Calatayud M. Evaluación de la satisfacción con los cuidados de enfermería en el área de hospitalización de cardiología. Enferm Cardiol. 2011; Año XVIII(53): 27-33.

¹⁰⁴ Solano Ruiz MC, Siles González J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. Index Enferm [Internet].2005 mar [Consultado 2014 mar 21];14(51). Disponible

en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300006&lng=es

a sexo o estado sociodemográfico. La **fiabilidad**, la **seguridad** y la **capacidad de respuesta** alcanzan un significado estadístico en cuanto a la puntuación final de la encuesta de satisfacción¹⁰⁵. En otras palabras son los elementos dependientes del aspecto humano los que en este estudio dan más peso al grado de satisfacción del paciente.

En el estudio de Amorós et al se aborda la percepción de intimidad de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos, vinculando la idea de intimidad al respeto al conjunto de sentimientos y pensamientos que cada persona guarda en su interior, y no solo la ausencia de divulgación de datos o estudios de salud¹⁰⁶. Los pacientes perciben necesidad de mejoras en la vulnerabilidad de su intimidad y estructuras arquitectónicas, señalando una vivencia positiva en cuanto al trato humanizado de los profesionales que les reportó seguridad en su evolución. Al igual que otros estudios (Solano y Siles) no vive el aislamiento de su familia negativamente durante el periodo agudo. La pérdida de autonomía sobre todo en temas corporales les reporta discomfort aunque “entienden” que son normas de la unidad. Cuando se les pregunta por su concepto de intimidad y su vivencia no hacen referencia en ningún momento a la confidencialidad de sus registros sanitarios o pruebas clínicas¹⁰⁷.

Por último el estudio de Dios et al, abarca la profundidad de la satisfacción de los pacientes a través de dos herramientas: un cuestionario de preguntas cerradas y otro de preguntas abiertas. En ambos se cuestiona sobre cuatro dimensiones, **relación enfermera/paciente**, **información** dada por la enfermera, **tiempo** empleado con el paciente y **procedimiento-toma de decisiones**. Cuando se utiliza la encuesta de preguntas cerradas todas las dimensiones son bien valoradas o muy bien valoradas, sin embargo al utilizar la entrevista abierta manifiestan en todas las dimensiones la necesidad de mejora. El estudio concluye que las encuestas habitualmente utilizadas en

¹⁰⁵ Álvarez de la Rosa A E, Olivares Ramírez C, Cadena Estrada J C, Olvera Arreola SS. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. Enf Neurol(Mex).2012; 11(2):68-72.

¹⁰⁶ Prieto Gil de San Vicente L, Vélez Vélez E, Juan Melero P, López Revuelta Y, Martínez Gala P, Moñino Sainz MA. Conceptualización del derecho a la intimidad del paciente hospitalizado. Nure Inv [Internet].2005 jun [Consultado 2014 mar 28];(16):1-8. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/Proyecto%2016.pdf

¹⁰⁷ Amorós Cerdá SM, Arévalo Rubert MJ, Maqueda Palau M, Pérez Juan E. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Críticos. Enferm Intensiva.2008; 19(4):193-203.

Sanidad con una estructura de preguntas cerradas tienden a sobrevalorar la satisfacción del paciente¹⁰⁸.

Los representantes de pacientes reivindican la participación del mismo, el respeto a sus opiniones y decisiones, y que los profesionales no se limiten a dirigir su existencia y dejen sus intereses y perspectivas desatendidos¹⁰⁹. De igual forma sostienen la necesidad de un trato más adecuado sobre todo en relación a la información que es el garante del respeto a su autonomía y dignidad:

La ausencia o inadecuada información, un gesto, una palabra de más, puede ocasionar un sufrimiento en los pacientes o familiares. La información en los pasillos, tener que buscar al profesional que informa, los horarios de información, la inexistencia de los médicos responsables contemplados en la Ley de Autonomía del Paciente, el consentimiento firmado en vez de informado, las prisas, etc., no ayudan nada a crear un buen clima de relación entre los profesionales sanitarios y los usuarios, que perciben a la sanidad como deshumanizada y carente de calidad¹¹⁰

Los pacientes quizás “solo” piden una cosa simple pero muy revolucionaria: que antes de terminar en el “campo de juego” de instituciones, medicinas, hospitalizaciones, él pueda ser acogido en ese “campo de juego”⁷⁹.

8.1.4 Factores de Cuidado Humanizado-Deshumanizado en relación al paciente

Cuando un individuo enferma lo hace de manera global, se ve afectado en mayor o menor medida todo su ser. La atención al paciente por parte de cualquier profesional sanitario incluye tratar al paciente por lo que es, no por lo que es su enfermedad o cuál es su estado de salud. Esta perspectiva de

¹⁰⁸ Dios Guerra C, Alba Dios M^a A, Ruiz Moral R, Jiménez García C, Pérula de Torres LA, Rodríguez Borrego MA. Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. *Enferm glob* [Internet]. 2013 jul [Consultado 2014 oct 22];12(31):162-176. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300010&lng=es

¹⁰⁹ Murphy Margaret. Las experiencias de los pacientes y sus familiares como agentes del cambio. En: Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, editors. *La satisfacción de los pacientes*. Madrid: Aran; 2008. p.223-240.

¹¹⁰ Hidalgo JR. Aprender de los pacientes: ¿cómo perciben la calidad?. En: Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, editors. *La satisfacción de los pacientes*. Madrid: Aran; 2008. p.285-296.

atención es la única que puede garantizar una atención humanizada y de calidad.

Cuidado global

El primer aspecto humanizador de la salud se centra en el respeto a la unicidad y globalidad del paciente. El peligro es que todo nuestro tiempo y esfuerzo recaiga en la enfermedad y no en el enfermo. La deshumanización comienza cuando no se trata al individuo enfermo, como un ser unitario y global^{24, 74}.

Es preciso entender al paciente como un sujeto unitario, pues la enfermedad no afecta a un solo órgano o a un sistema sino a una persona entera. La persona es un ser aislado por eso es tan importante tratar de entender sus circunstancias y entorno⁴.

Esta visión holística suele estar más presente en unidades de cuidados paliativos: *Este marco constituye el principio de humanidad que ha de estar constantemente presente y que debe prevalecer en toda atención terminal. Por tanto la consecuencia de esta máxima de dignidad es que preocupa, todo el enfermo, no alguna de sus partes enfermas sino todo él, la totalidad de su vida⁷².*

A pesar de que asumimos el concepto de globalidad y unicidad en relación con un Cuidado humanizado que incluye la promoción de una salud integral¹¹¹, en estos últimos años se ha generalizado la estandarización de la asistencia basada exclusivamente en criterios científicos u organizativos. De tal forma que en la atención de los procesos de salud o en otros aspectos como régimen de visitas, dietas etc., no se contemplan necesidades personales, creencias, aspectos culturales, deseos y expectativas¹¹².

Por otra parte consideramos que el uso del método científico y su aplicación a los cuidados enfermeros nos proporciona la herramienta ideal para el Cuidado integral del paciente. Un plan de cuidados debe estar inspirado en el paciente y no en la enfermedad. Aunque teóricamente esta afirmación es asumida por los profesionales de la enfermería, con cierta frecuencia se tiende a estandarizar planes que en realidad deberían ser individuales. Humanización es individualizar el plan de cuidados en cada enfermo teniendo en cuenta su componente holístico⁶⁰.

¹¹¹ Rubio Rubio JM. Ética y responsabilidad profesional del médico. En: Castillo M, Bordons C, Cabero C, Durán AJ, Figueroa E, García-Baquero, editors. Bioética y Derechos humanos. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2005. p. 95-103.

¹¹² Cachón Rodríguez E. El hospital y el paciente. Declaraciones de principios, realidad y paradojas. Index Enferm [Internet]. 2007 jun [Consultado 2014 jul 17];16(56): 35-39. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100008&lng=es

En este sentido destacamos el estudio de Bermejo et al¹¹³ del año 2010 cuyo objetivo es el de avanzar en el conocimiento y estado del problema de la deshumanización sanitaria, así como de los factores componentes de dicha situación. El factor más determinante según la población estudiada es el tratamiento holístico del paciente por parte del profesional.

Sin embargo somos conscientes de que una visión integral del paciente con todo lo que lleva unido no es tarea fácil ni por supuesto barata. Además no es una labor rentable desde el punto de vista del márketing para los gestores sanitarios. ¿Cuántas noticias se presentan en un medio de comunicación sobre un profesional de enfermería u otro tipo de profesional por el hecho de ofrecer un Cuidado integral o por haber brindado un trato humano a sus pacientes?³.

Fragmentación de cuidados

El desarrollo de la asistencia sanitaria en estas últimas décadas ha llevado aparejado un desarrollo no solo tecnológico sino de especialización. Aunque este fenómeno es comprensible ante la imposibilidad del profesional de abarcar todo el conocimiento de un mundo científico sanitario cada vez más complejo, ha traído elementos que influyen negativamente en tanto al Cuidado humanizado. Debemos señalar que esta parcelación del ser humano enfermo se ha realizado bajo un modelo biomédico que ha llevado unida la atención fragmentada por elementos anatómicos. Esta visión, además se ha erigido en la “única” verdad admisible no permitiendo con frecuencia la alternativa de otras prácticas terapéuticas¹¹².

Sin duda alguna aunque la visión teórica de la atención enfermera es holística debemos reconocer que tanto las estructuras de los centros como el reparto del personal y la adjudicación de los pacientes siguen el modelo citado. Es por tanto, que con gran frecuencia la enfermería siguiendo este modelo médico presta cuidados fragmentados o por tareas, y con asiduidad nos encontramos con profesionales de enfermería que solo cuidan fragmentadamente según la unidad en la que desarrollan su labor asistencial. De tal forma que no es infrecuente encontrar enfermeras centradas

¹¹³ Bermejo Higuera JC, Carabias Maza R, Villaciers Durbán M, Moreno Lorite C. Humanización de la Atención Sanitaria. Importancia y significado en una muestra de población de la Comunidad de Madrid. Ética de los Cuidados [Internet]. 2011 jul-dic [Consultado 2014 nov 10];4(8): 1-7. Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n8/et7673.php>

exclusivamente en un Cuidado técnico como catéteres, o pruebas diagnósticas, cuidados de sondas etc.^{114,115}.

Gafo¹⁶ ya señalaba que este elemento de especialización y como consecuencia una fragmentación en la atención del paciente podía traer aspectos positivos al incrementar el nivel de calidad asistencial, pero que con frecuencia se comportaba como un elemento deshumanizador que tendía por una parte a parcelar la atención al paciente, y por otra desvinculaba la relación de un todo paciente- profesional, con un todo (paciente)- fragmento asistencial. Además señalaba como el paciente sobre todo en la Atención Especializada se relacionaba con “otro todo”: los Servicios o las ahora llamadas unidades de gestión clínica (UGC). Es decir perdían en uno u otro caso el modelo de relación persona-persona.

Esta fragmentación en la atención del paciente es además no solo un indicador de deshumanización sino el origen de otros elementos deshumanizadores como son las luchas de poder entre Servicios Hospitalarios o entre miembros del staff hospitalario⁷⁵.

Como consecuencia de esta fragmentación en la mayoría de los centros sanitarios sobre todo en Atención Especializada los profesionales han desarrollado aptitudes de atención para un campo exclusivamente del paciente. Hemos llegado a ser unos “macroexpertos” de unos “microtemas”¹¹⁶.

Partiendo de lo negativo que es bajo el punto de vista de la asistencia humanizada la pérdida de la visión global del paciente, podemos comprender que una visión fragmentada de su propio cuerpo es también un factor deshumanizador si cabe aún más importante. Es lo que podríamos considerar una subparcelación (área anatómica) de una parcelación (aspecto físico) del paciente.

Por último consideramos que los profesionales sanitarios nos preparamos a nivel formativo y conceptual para el dolor de los pacientes. Sin embargo en general estamos poco preparados para el sufrimiento. Con frecuencia tendemos a medicalizar los síntomas atribuyendo exclusivamente el padecimiento al dolor. Muchos pacientes solicitan de manera vana del

¹¹⁴ Daza de Caballero R, Torres Pique A M, Prieto de Romano G I. Análisis crítico del cuidado de enfermería. Index Enferm [Internet].2005 jun [Consultado 2013 abr 28]; 14(48-49): 18-22. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es

¹¹⁵ Ariza Olarte, C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enferm univ [Internet].2012 ene/mar[Consultado 2014 may 12];9(1):41-51. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es

¹¹⁶ Santos Hernández, AM. Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. Cuadernos de Bioética. 2003 en-abr; XIV (50):39-60.

profesional un alivio o al menos un acompañamiento en su sufrimiento. Con frecuencia este déficit de atención al sufrimiento no es más que la resulta de una falta de formación en este campo, y huida del enfrentamiento con la realidad humana del sufrir. Difícil empeño en una asistencia sanitaria centrada en la causa-efecto meramente biológica.

8.2 La Institución sanitaria

La Administración Pública dentro de sus distintas atribuciones, estatal, autonómica o municipal, se configura con un objetivo esencial: garantizar los derechos de los ciudadanos que en el caso de la asistencia sanitaria se recogen en nuestra Carta Magna.

De tal forma que no es aceptable que este servicio se preste de espaldas al ciudadano, debiendo la Administración no obstante conciliar el interés general, con el particular de los usuarios de los servicios públicos en general y sanitarios en particular¹¹⁷.

Cuando los ciudadanos precisan atención sanitaria bajo una vulnerabilidad donde lo sitúa la enfermedad, con frecuencia se encuentran con que esta estructura llamada en su ayuda no es el ideal que esperaban. Habitualmente esta situación implica lidiar diariamente con frustraciones que articulan un desamparo ante un ente abstracto: la Institución¹¹⁸.

Esta realidad requiere un cambio sustancial. Exige un cambio de significado de la empresa socio-sanitaria a la búsqueda del sentir del hombre en sufrimiento, que permita una nueva alianza entre paciente y el sistema sanitario⁷⁹.

Sin embargo este conflicto relacional entre Paciente-Institución que deriva con frecuencia en una clara deshumanización de la atención sanitaria, tiene su origen en varios aspectos, no solo en los profesionales como con frecuencia se hace creer sino en toda la estructura sanitaria y el entramado social actual³.

¹¹⁷ Del Rosal Blasco, B. La humanización de los Servicios Sanitarios como Instrumento de Participación Ciudadana. Conferencia de Jornada de Carta al Paciente de la Comunidad de Valencia. Valencia. 18 de mayo 2002.

¹¹⁸ Meza Benavides M. Subjetividad e ideología en las instituciones sanitarias: lo propio y lo ajeno en el dominio y el poder. Enfermería en Costa Rica [Internet]. 2012 [Consultado 2015 ene 2]; 2(33): 100-103. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n2/art7.pdf>.

8.2.1 Sistema organizado y estructura arquitectónica de los Centros sanitarios

Un centro sanitario es un sistema organizado que implica reglas, normas, costumbres, tradiciones etc., que están instituidas por el factor humano que constituye el poder instituyente, aunque con frecuencia lo instituido acaba teniendo vida propia y se convierte en un fin en vez de un medio para los objetivos creados¹¹².

Estos subsistemas sociales que son los centros sanitarios cumplen una función de socializar al individuo en este caso en su situación de enfermedad, con el fin de adaptarlo y que cumpla su rol establecido, de tal forma que será premiado si actúa como espera la Institución o sancionado si no es así²⁵.

Este planteamiento de funcionalidad de la estructura de la Institución hace con frecuencia perder la visión del objetivo para el que se creó. Tanto la Institución como la formación del personal que en ella trabaja, tienen un único fin sustancial: estar a disposición de la persona, en este caso la persona necesitada del cuidado de su salud¹¹⁵.

El conocimiento de las necesidades de los pacientes por todos los que componen la Institución es esencial para que el sistema de cada centro funcione para el objetivo que se creó.

Cabría esperar que un centro asistencial donde el enfermo acude a la búsqueda de la mejora de su salud contemple todas sus necesidades. Sin embargo muchos profesionales y pacientes sabemos que esto no es así. Con frecuencia nos encontramos con problemas arquitectónicos de diseño que impiden la realización de prestación de servicios, o atención al paciente en su asistencia más elemental (camas que no caben por las puertas, insuficientes tomas de oxígeno, mal diseño de ventilación en quirófanos etc.). Estas situaciones se suelen achacar a la falta de participación de los profesionales en el diseño del centro.

Solventados estos problemas podría suponerse que todo está solucionado y sin embargo no es así. Los déficits citados atañen al aspecto exclusivamente terapéutico desde el punto de vista biológico, pero esto no es contemplar un centro sanitario desde las necesidades del paciente.

Uno de los autores que ha investigado más en el tema del diseño de centros sanitarios y en especial de centros hospitalarios ha sido Roger S. Ulrich. En su ensayo sobre diseños de hospitales señala elementos que influyen de manera clara no solo en el cuidado y tratamiento de los pacientes sino en su evolución¹¹⁹. Señala como *el ruido* se conforma como elemento distorsionador de la salud de los pacientes, cuyo origen tanto de aparataje como del personal influye en la falta de sueño de los pacientes y en su

¹¹⁹ Ulrich R S. Evidence-based healthcare-care architecture. The Lancet. 2006 Dic; 368:S38-S39.

evolución. Asimismo la *presencia de ventanas*, que en un principio solo se estudió con pacientes ingresados en unidades de cuidados críticos, se vincula a un incremento de los niveles de ansiedad y depresión ante la falta de estas. Incluso va más allá y señala la influencia positiva del *paisaje* en la salud del paciente; además destaca como elemento favorecedor la presencia de *habitaciones soleadas* no solo en pacientes mentales; especial mención realiza sobre las *habitaciones individuales*, señalando que aunque en algunas ocasiones la habitación múltiple suple soledad en el paciente, el hecho de tener una habitación individual disminuye niveles de ansiedad así como infecciones cruzadas; otro elemento que contempla es el *material del suelo* que influye no solo en la independencia del paciente sino en su seguridad; el *valor del mobiliario y la presencia de estructuras* para la reunión de pequeños grupos son otros aspectos según el autor a tener en cuenta.

Aunque Ulrich estructura los elementos que deben tenerse en cuenta a la hora del diseño sanitario, otros autores han señalado la influencia del diseño arquitectónico en la recuperación física por ejemplo en pacientes quirúrgicos¹²⁰.

Contemplar el diseño del centro desde un punto de vista de las necesidades del paciente nos acerca a un hospital humano donde los diseños de unidades como la de cuidados críticos se alejen de las hasta ahora habituales en manera de “espina de pescado”, útiles para el personal pero que no preservan con frecuencia la intimidad del paciente¹²¹, o con medidas de aislamiento precarias¹⁰⁷.

Diseño humano donde unidades como las de Radioterapia o Medicina Nuclear no están situadas en las áreas más apartadas de los hospitales (argumentando niveles de seguridad), con zonas grises, sin luz o mobiliario demasiado neutro. ¿No tienen estos pacientes bastante elemento gris en sus vidas para unírsele un diseño arquitectónico deprimente? Diseño humano donde las unidades de pediatría estén adaptadas a sus necesidades no solo físicas, que la mayoría cumplen, sino psicológicas o de sensibilidad. Hospitales donde el diseño humano permita que los pacientes y sus familiares no tengan que hacer recorridos zigzagueantes por pasillos interminables, a la búsqueda de una consulta o un Servicio donde estén citados. Hospitales donde el blanco asociado a lo aséptico (incluso emocional) no sea el dominante y el color pueda influir en el ánimo del paciente.

¹²⁰ Fiset M. Architecture and the Art of Healing. The Canadian Architect.1990;3:23-26.

¹²¹ Cedrés de Bello S. Efectos terapéuticos del diseño en los establecimientos de salud. RFM[Internet]. 200 Ene [Consultado 2014 Nov 20]; 23 (1): 19-23. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692000000100004&lng=es

Humanizar afecta a las estructuras de los edificios, donde se atienden a las personas enfermas, a su diseño, señalización y funcionalidad¹²², huyendo de un mero “maquillaje” habitual en nuestros centros y a la búsqueda de hacer más humana la Institución que los atiende.

8.2.2 Las estructuras de poder y cultura de trabajo de la Institución

En los centros sanitarios igual que en otros sistemas sociales existe una estructura de poder. Debemos meditar sobre qué tipo de estructura de poder contempla, y lo que es más importante como influye en la atención al paciente.

El sanitario es un sistema de poder asimétrico basado en el conocimiento. Los profesionales que conforman la población de la Institución establecen con el paciente una relación de dominio-adaptación sumisa, o dominio-adaptación rebelde, o dicho de otro modo una relación terapéutica de persona angustia (paciente) - persona solución (profesional)¹¹². El paciente por tanto tiene que adaptarse a lo instituido o de lo contrario será excluido. Cuanto más alejado esté el paciente de la fuente de conocimiento tanto más tenderá a una sumisión consciente o no. Realmente el paciente tiene pocas opciones porque salirse del sistema es alejarse de la Institución que puede solucionar su problema.

En realidad su ideal es pertenecer a la estructura de poder, de tal forma que cuando los sistemas de poder son rígidos, solo le queda la opción de a la búsqueda de seguridad, renunciar a su autonomía¹¹⁸.

Un centro sanitario humanizado puede y debe tener estructuras de poder pero estas deben ser transparentes y orientadas a la eficacia, eficiencia y satisfacción de los pacientes⁶⁰. Podemos concluir que “simplemente” en los hospitales, desde los gestores hasta el último profesional deben trabajar más de cara al paciente, contemplándolo como único, considerando sus valores y personalidad³, y evitando que la maquinaria institucional provoque el maltrato a pacientes o familiares¹¹⁸.

Los profesionales inmersos en la Institución también con frecuencia son víctimas de la estructura de poder del Centro. En realidad este escenario que con cierta frecuencia se contempla puede ser considerado a la postre un error organizativo. De tal forma, que toda organización pero mucho más la Administración Pública debe contar con las personas que la integran y que son quienes hacen posible su éxito, que se encuentran en primera línea y pueden obtener información directa del grado de satisfacción del paciente¹¹⁷. Es más,

¹²² Bermejo J C. Qué es humanizar. La dignidad humana como fundamento de la humanización. En: Humanizar la asistencia sanitaria. Madrid: Desclée de Brouwer S.A; 2014.p. 67-106.

cuando los profesionales comparten unos valores positivos su influencia puede impregnar a la Institución¹²³

Sin embargo la realidad es que las estrategias erróneas de dirección, excesivamente centralista, con poca o nula participación del profesional y que habitualmente no tienen en cuenta ni las aspiraciones ni las expectativas de los trabajadores, instrumentalizan al profesional pasando de ser un sujeto a un mero instrumento de la Institución¹¹⁶.

Por otra parte aunque en estos últimos años casi de manera sistemática se proclama la participación de los ciudadanos en la gestión de los centros, la realidad dista bastante de ser así, pues es la propia Institución la que limita esta participación ante el temor de ser expropiados del saber, minimizando su acceso o definiendo qué deben o qué no deben saber los pacientes¹¹⁸. En este sentido ha surgido una figura “salvadora” dentro del entramado de la Institución, el voluntario, que pretende funcionar como puente entre el Centro y los pacientes o sus familias¹¹³.

Cuestión aparte es la consideración del elemento socio-laboral donde tanto Institución como profesionales están inmersos. El tipo de vida y sociedad donde nos movemos en el mundo sanitario occidental, está dominado por las presiones (no científicas o de valores) generalmente de carácter economicista, donde el “tiempo es oro” y ese tiempo que siempre falta se utiliza en una manera desproporcionada para actividades muy alejadas de la atención directa al paciente.

Esta deshumanización social se vislumbra en el mundo sanitario con horarios agobiantes e interminables, con onerosas burocracias que ejercen tiranía en los profesionales y los pacientes. Esta misma cultura de trabajo que maltrata a profesionales sanitarios, que a la postre tienen poca disposición de sentarse a la cabecera de un paciente para charlar con él⁸. No podemos decir que la Institución no contemple valores, pero sí señalar que estos suelen vincularse a los de eficiencia y pocas veces a los de cooperación o solidaridad¹²³.

Esta cultura de trabajo sanitaria suele estar vinculada a una actitud defensiva de los profesionales. Defensiva frente al sistema, donde la confianza en los gestores y la propia Institución hace tiempo se perdió, y defensiva frente al paciente ante el temor de denuncias o reclamaciones.

Esta imagen de profesionales desbordados queriendo llegar donde no pueden frente a pacientes y familiares desconfiados, que era excepcional hasta ahora y limitada a algunos servicios como los de urgencias, se ha extendido minimizando la posibilidad de una atención humanizada hacia la persona que sufre.

¹²³ Arroyo Gordo P. Calidad y Humanización de los Cuidados. IX Jornadas Nacionales de Bioética San Juan de Dios. Jerez de la Frontera. 31 de mayo-1 de junio de 2002.

En resumen la humanización de la estructura de un hospital no es algo que hay que hacer por añadidura, tiene que afectar desde el principio a los sistemas de poder, a las comunicaciones, a los tipos de relaciones que se establecen y a la búsqueda del bienestar del paciente. El enfermo está en el centro del hospital humanizado⁶⁰. O como señala Rubio¹¹¹ el hospital más humanizado es el que satisface mejor las necesidades de los enfermos, especialmente en su dignidad, intimidad y autonomía.

Urge por tanto un cambio en la gestión de la asistencia sanitaria pública, donde errores e incompetencias de los gestores no deriven en situaciones éticas no asumibles⁸⁰.

Realmente la solución a la búsqueda de una humanización asistencial está en una política institucional que responda a las necesidades de sus pacientes.

8.2.3 La calidad asistencial

En los últimos años la búsqueda de la calidad asistencial ha sido un objetivo de las instituciones sanitarias. Frecuentemente se ha utilizado para su medición sistemas como el norteamericano con su escala SERVQUAL o el europeo Grönroos.

Los puntos esenciales a la búsqueda de la calidad son la consideración de las personas, orientarse al cliente, el gusto por el trabajo bien hecho, trabajar con hechos y datos, la ética y la orientación a resultados¹¹⁷.

No obstante podemos encontrar el término calidad vinculado a la idea de excelencia, al concepto de valor, como ajuste de especificaciones o en relación a las expectativas de satisfacción de los usuarios. Es sobre este último aspecto donde más se ha incidido unido al concepto de eficacia y eficiencia, de tal forma que podríamos decir que *“una asistencia de calidad es aquella que permite prestar los mejores servicios posibles, con un presupuesto, trabajo y gasto justo cubriendo todas las necesidades con eficacia y eficiencia”*¹²⁴

No obstante la teoría de Donabedian que basa la calidad en estructura, proceso y resultado es la dominante en el mundo sanitario al menos teóricamente, pues con frecuencia se vincula esencialmente a los resultados principalmente en su aspecto cuantitativo.

Cuando realmente el centro de la Institución es el paciente, debe ser este el evaluador de la calidad que desde su visión subjetiva aporta la objetividad necesaria¹⁰⁵.

¹²⁴ Sierra Talamantes C, Valls Andrés S, López López I, Famoso Poveda M J, Peiró Andrés M A. Revisiones de conceptos de calidad. Enfermería Integral. 2008 Jun; 82: 32-37.

Aunque es verdad que el concepto de calidad se ha “vendido” como la panacea, su evolución ha sido dispar dependiendo de las Instituciones y Servicios. Su ámbito de aplicación se ha extendido desde elementos de la propia organización al aspecto individual o grupal⁶⁰.

La tendencia general en la evaluación de la calidad ha sido la de valorar elementos cuantificables numéricamente. Bajo esta visión se esconde unos criterios economicistas a la búsqueda de la máxima rentabilidad del profesional y de generación de ganancias¹¹⁶.

Esta visión cuantificadora de la calidad es claramente reduccionista porque si solo se valoran ítem cuantitativos, ¿cómo valorar aspectos esenciales para la atención sanitaria menos tangibles como el estrés, insatisfacción, sufrimiento, soledad, miedo, o lo más importante la humanización asistencial?. Esta visión de la calidad bajo un prisma casi exclusivamente biológico-economicista olvida el concepto de calidad humana del prestador de servicios, esencial en una profesión sanitaria en general y mucho más en el área de los cuidados¹²³, siendo habitual que desde distintos ámbitos profesionales se reclame el trato digno como un ítem a incluir dentro de la calidad sanitaria^{105,125,126,127}.

Ofrecer un Cuidado humanizado está orientado más a los medios que al resultado y que el proceso de la humanización sanitaria sea parte fundamental de la calidad del servicio que se presta¹¹⁵.

Señalar asimismo, que con frecuencia la medida de la calidad se ha convertido en un complementar listas de ítems, sin tener en cuenta su adecuación al Servicio o personal específico y sin la participación de los profesionales en la selección de estos ítems. Gran error, ya que sin la complicidad de los profesionales poco puede mejorar la calidad de la asistencia, más aún si se aspira a que la Institución promueva e influya conformándose como ejemplo para los profesionales¹²⁸.

Reconociendo que la búsqueda de la calidad es el único camino, habrá que considerar la necesidad de vencer reticencias profesionales y elementos

¹²⁵ Nava Galán M^a G, Zamora Ruiz P. Percepción del trato digno de los familiares de los enfermos neurológicos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Enf Neurol*. 2010; 9(1):32-38.

¹²⁶ Carrillo-Martínez M, Martínez-Coronado L E, Mendoza-López J R, Sánchez Moreno A D, Yañez-Torres R D, Rivera-Sáenz R V, et al. Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería. *Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2009;17(3):139-142.

¹²⁷ Díaz Rios, S. Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno otorgado por el personal de enfermería[tesis doctoral]. Querétaro: Departamento de Ciencias de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro; 2014.

¹²⁸ Rodríguez C E. Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en Salud. *Normas& Calidad*. 2013 ; 95:8-14.

culturales, que necesariamente pasa por respetar la diversidad de pacientes y profesionales a la búsqueda de una asistencia más justa y humana¹¹².

8.2.4 Factores del Cuidado Humanizado-Deshumanizado en relación a la Institución sanitaria

El modelo actual de centros sanitarios sobre todo hospitalarios se identifica con grandes estructuras cuyo origen se relaciona con la universalización de la asistencia sanitaria. Dentro de estos centros se ha producido en las últimas décadas el desarrollo de Servicios con personal y material especializado donde se funciona de manera bastante independiente unos de otros. Grandes centros y masificación son signos de identidad de nuestra Sanidad.

Como efecto compensador, surge por una parte un desarrollo de la Atención Primaria como herramienta de acercamiento de la asistencia al entorno más inmediato del paciente, y por otro el fomento de la creación de centros hospitalarios más pequeños donde la asistencia estuviese menos masificada.

Estos centros por su propia estructura traen unidas una serie de características que favorecen una atención deshumanizada.

Burocracia

Aunque no podemos eliminarla debemos profundizar en cómo influye su exceso o su tipo de presencia en una atención humanizada. Hace ya algunos años que se identifica como factor íntimamente ligado a la deshumanización sanitaria, no solo por el acúmulo de expedientes, historias clínicas etc., que rodean al paciente sino por el número excesivo de profesionales que rotan en torno a él, perdiéndose la relación directa y de responsabilidad con el paciente¹⁶.

La Burocracia es deshumanizadora cuando funciona como una herramienta cuyo fin único es que la maquinaria del centro funcione o más bien no se pare, convirtiendo a la persona en un objeto y al hospital en una factoría como una cadena de montaje⁷⁴. Una Burocracia, que podríamos decir que se muestra como un exagerado apego a normas y reglamentos, despersonalizando y deshumanizando así como como anteponiendo metas institucionales a las metas particulares de los pacientes¹²⁹.

Es importante señalar como esta Burocracia excesiva ha provocado que todo el personal emplee un tiempo excesivo en temas alejados de la relación

¹²⁹ Meza Benavides M. Burocracia y Humanismo: es esto posible en las organizaciones de salud de Costa Rica. Revista de Enfermería Actual en Costa Rica. 2002; 1(2):1-15.

directa con el paciente alterando la esencia y el sentido del Cuidado⁷⁴ y equivocando la prioridad de esta tarea al anteponerla a las demás^{111,116}.

Una especial atención merece considerar como la evolución de esta Burocracia ha caminado por una deshumanización donde la asistencia cronometrada pone límites a cómo y durante cuánto tiempo tiene que ser atendido el paciente¹³⁰.

Concluyendo podemos decir que el elemento burocrático anejo a las instituciones sanitarias no es necesariamente un factor ligado a la deshumanización asistencial, sino su uso o más bien mal uso, su sobredimensión en las tareas asistenciales y sobre todo el fin de su utilización.

Rentabilidades Económicas, Políticas o Sociales.

La universalización sanitaria por una parte, el incremento de la esperanza de vida por otra, unido al fenómeno de influencias de otros sistemas de salud como el anglosajón, ha “deslizado” nuestra asistencia hacia una visión más mercantilista. Reconociendo la desestabilización de la balanza entre los recursos sanitarios y las necesidades de los ciudadanos, habría que avanzar en el conocimiento de cómo esto influye en la posibilidad de una asistencia deshumanizada.

Aunque ya a finales de la década de los noventa del siglo pasado se llamó la atención sobre este riesgo¹⁶, en estos últimos años se ha puede observar una búsqueda de rentabilidad no solo de la Institución sino de elementos externos a ella como industrias farmacéuticas⁷⁴.

Las políticas sanitarias y económicas con sus respectivos poderes son las que regulan la oferta y demanda de la asistencia e inciden transversalmente en todo el entramado institucional¹¹². Lelkens apunta muy bien cuál es el escenario:

“Fascinados por los resultados obtenidos en el comercio y la industria con los procesos racionalizados, los gobiernos se inician a aplicarlos también en la asistencia sanitaria, en la que los costos han crecido de manera considerable. Los hospitales están considerados empresas comerciales que deben someterse al criterio de provecho. La asistencia proporcionada se ha convertido en producto, el paciente en cliente”¹³⁰.

Podríamos decir que se considera que si la economía del Centro va bien, todo está bien.

¹³⁰ Lelkens, J P.M. Deshumanización de la asistencia sanitaria dentro y fuera de las estructuras hospitalarias, sus causas de fondo y las expectativas para el futuro. Revista del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud. 2001;46:21-24.

En un paso más allá Hospital et al³ señalan como los gestores sobre todo hospitalarios optan por inversiones en tecnología y aparataje, a la búsqueda de una rentabilidad social y económica.

La consecuencia de esta visión economicista ha sido un empobrecimiento de la relación clínica, del concepto de ser humano y dignidad, fundamentado exclusivamente en rentabilidades económicas, a la búsqueda no solo de la disminución del gasto sino incluso en ocasiones de ganancia, que necesariamente se ha traducido en el recorte de presupuestos, aumento de volumen de pacientes u omisión de procedimientos diagnósticos, todo ello no justificado por las necesidades del paciente, huyendo del gasto sanitario como esa mercancía costosa¹³¹, adaptando procedimientos a presupuestos y no a las necesidades del paciente⁶⁰, e incluso recompensando por prescribir o no procedimientos terapéuticos⁸.

La solución pasa por un cambio en la tendencia de la deshumanización del trabajo, determinado en la mayoría de las ocasiones por una obsesión de nuestros políticos, gestores o líderes de desarrollar únicamente su función económica¹²³.

Recientemente y a la búsqueda de una gestión más eficiente han surgido las Unidades de Gestión Clínica. Aunque inicialmente no podemos considerarla mala opción, sin embargo este sistema de gestión ha levantado polémica y suspicacias al no cumplir con las premisas de equidad y justicia y adolecer de grandes dosis de politización y falta de transparencia, justificando la desconfianza tanto de profesionales como de pacientes¹³².

Podemos concluir que las políticas sanitarias no son malas en sí, sino que deben sustentarse sobre valores genuinamente humanos¹³³ o mejor aún la humanización debe ser una política institucional¹²⁸.

Objetivos

La Institución sanitaria tiene unos objetivos que se comportan como ejes sobre los que se estructura el “andamiaje” del Centro.

Profundizando en la búsqueda de una asistencia humanizadora debemos cuestionarnos qué tipo de objetivos son los dominantes en nuestras instituciones sanitarias y qué valores sustentan.

¹³¹ Hoyos Hernández PA, Cardona Ramírez MA, Correa Sánchez D. Humanization of health contexts, a matter of leadership. Invest Educ en Enferm. 2008;XXVI(2): 219-225.

¹³² Rumbo Prieto JM. Política de la gestión clínica. Ética de los cuidados. 2013 jul-dic; 6(12):1-3.

¹³³ Bermejo, J C. A la búsqueda de líneas estratégicas e indicadores de humanización. En: Humanizar la asistencia sanitaria. Madrid: Desclée de Brouwer S.A; 2014.p. 107-141.

En primer lugar nos llama la atención como existe una dicotomía entre los objetivos definidos y la realidad¹¹².

Por otra parte nuestra cultura sanitaria es aún muy limitante ya que contempla casi de manera exclusiva un modelo biológico centrado en una relación causa-efecto. Este paradigma lleva a la Institución a proclamar cuál es su objetivo principal: salvar vidas aplicando los medios más sofisticados y la tecnología más puntera³. Así la mayoría de los objetivos institucionales no contemplan aspectos sociales fuera del alcance puramente biológico, definiendo objetivos relacionados con el bienestar de manera muy ambigua y centrándose mayoritariamente en objetivos cuantitativos, abarcando desde índices de absentismo laboral hasta porcentajes de infecciones, tiempos de estancia etc.^{74,116}.

Esta visión de la Institución no pasa desapercibida a familiares y pacientes que observan como existe más preocupación por cumplir con cifras preestablecidas que con una atención humana al paciente¹³⁴.

Por otra parte creemos que el capital humano es el recurso más importante con el que cuenta una Institución, de tal forma que sin la participación de los profesionales no es posible una consecución de objetivos. Este es uno de los problemas esenciales con los que se encuentra el Sistema Sanitario Público donde con frecuencia la falta de participación y motivación del profesional aboca el proyecto de la Institución al fracaso⁶⁰.

Llama la atención que frente a esta falta de participación en el diseño de objetivos, la Institución solicita la implicación del personal exclusivamente mediante vinculación económica, que unido al concepto del objetivo cuantitativo puede explicar parcialmente que los profesionales centren sus esfuerzos en estos objetivos “premiados”, en lugar de aquellos más cualitativos y poco definidos. Esta visión es una expresión de las relaciones de poder que propicia el uso de los recursos de tiempo en aspectos fisiológicos y obstaculiza la relación enfermera-paciente⁶⁵.

La ética institucional comprendida por la ética clínica de relación con el paciente y ética profesional a la búsqueda de la excelencia, delimitan que tipo de objetivos marca la Institución, influyendo por tanto en el tipo de asistencia que se otorga. La jerarquía de aplicación de estas éticas influye en los valores que inspiran a la Institución¹³⁵.

¹³⁴ Alexandre N. Atención al profesional y al paciente por parte de la Administración. En: Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, editors. La satisfacción de los pacientes. Madrid: Aran; 2008. p.355-368.

¹³⁵ Díaz Pintos G. Ética en las organizaciones sanitarias. En: Tomás y Garrido G (editors). La Bioética: un compromiso existencial y científico. Murcia: QUADERNA EDITORIAL;2005.p. 111-133.

En este sentido es interesante destacar como la presencia en la Institución de líderes profesionales de humanización es esencial para que esta sea contemplada en los objetivos. Estos líderes pueden o no ser formales, pero debe tener capacidad de acceder a los órganos de gestión donde se elaboran los objetivos institucionales¹³².

Terminamos señalando que la Institución debe contemplar explícitamente y de manera específica (no en planes generales) la asistencia humanizada como objetivo propio. No vale con identificarse como Centro humanizador, algo habitual dentro del marketing sanitario¹³³, sino un compromiso explícito y verdadero¹³⁶.

Déficit de recursos

En una relación clínica adecuada los recursos humanos y materiales deben estar adaptados a las necesidades del paciente, contando además con tiempo suficiente para atender al paciente en sus necesidades no solo biológicas sino de manera holística. Sin embargo este escenario no es habitual en nuestra esfera sanitaria, siendo motivo de quejas tanto por parte de pacientes como de profesionales e influyendo en el trato humanizado.

La preocupación de unos recursos adecuados que garanticen una asistencia humanizadora no es algo nuevo^{111, 137}.

Algunos estudios reflejan como el déficit de recursos sin especificar qué tipo, influye en el trato humanizado al paciente^{113,115} e incluso en alguno centrado en profesionales enfermeros plantea como el déficit de recursos humanos es esencial en relación con un cuidado deshumanizado^{136,138}, o como la decisión de repartir el tiempo limitado del que se dispone para los enfermos llega a causar conflictos éticos¹³⁹.

Aunque muchos autores explicitan la necesidad de recursos humanos y tiempo a la hora del Cuidado humanizado, debemos considerar la importancia de los recursos materiales. Esto es así porque muchos recursos materiales ayudan a preservar la dignidad del paciente y su cuidado global, además de considerar que la presencia de una dotación material potente libera al

¹³⁶ Rubio Rico L, Cosi Marsans M, Martínez Márquez C, Miró Borrás A, Sans Riba L, Toda Savall D, Velasco Blasco C. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*.2006;17(4):141-153.

¹³⁷ Laín Entralgo P. Prólogo. *La relación médico-paciente*.4ª.ed.Madrid: Alianza Editorial.1983

¹³⁸ Ortega Benitez A, García Martín J C, Rodríguez Novo Y, Núñez Díaz S, Novo Muñoz M, Rodríguez Gómez J A. Humanización en atención urgente. ¿Entendemos lo mismo sanitarios, pacientes y familia?. *Emergencias*.2004;16:12-16.

¹³⁹ Gasull Vilella M. *La ética del cuidar y la atención de enfermería*. OUC (Universitat Obertat de Catalunya). 2010.

profesional de tareas rutinarias y permite mayor tiempo de dedicación al trato directo con el paciente.

Con respecto al tiempo consideramos que es quizás el recurso más sutilmente eficaz, sobre todo en situaciones de desamparo del enfermo, unas veces por la enfermedad a veces fatal, otras veces por sentimientos que experimenta el paciente como miedo o soledad; *si hay un tratamiento paliativo eficaz es el tiempo, el tiempo real dedicado a escuchar*⁸⁰. Incluso es el factor junto con el de información más reclamado por los pacientes¹⁴⁰ Sin embargo el déficit de tiempo no siempre obedece a su limitación sino a su empleo, *“el peligro es que todo el tiempo sea absorbido por la enfermedad y que no quede nada para las personas”*¹²².

Por último hacer una especial mención al recorte de personal de enfermería que durante estos últimos años ha sufrido todo nuestro país y que se recoge en distintos barómetros y estudios, y como este hecho afecta a nuestra población asistencial. Esta recorte no solo es percibido por los profesionales a veces hasta en un 80% y vinculado a una peor asistencia¹⁴¹, sino que informes internacionales como el “Health at a Glance 2014” europeo, señala que España continúa a la cola en ratio de enfermeras por cada 1000 habitantes, siendo la media europea de 8/1000 y la española de 5,2/1000, solo por delante de Letonia, Chipre, Bulgaria y Grecia. De manera similar el estudio señala que la ratio médico-enfermera media europea es de 2,8, situándose en España en 1,4 solo por delante de Bulgaria y Grecia. Esta situación obedece a que a pesar de los recortes económicos la ratio médico- paciente se ha incrementado en España siendo de 3,8, superior a la media europea, frente a un descenso de manera continuada de la ratio enfermera-paciente¹⁴².

Aún más preocupante es la situación por comunidades ya que el principio de equidad no se cumple. Según el informe del CGE (Consejo General de Enfermería)¹⁴³ de finales de 2014, existe una clara desigualdad en la ratio enfermera- paciente. Mientras Navarra cuenta con 828 enfermeras por cada 100.000 habitantes (supera en 17,27 enfermeras la media europea), Andalucía es la comunidad autónoma con la menor ratio, con 378 enfermeras por 100.000 habitantes.

¹⁴⁰ Torres Contreras C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Av Enferm.2010;28(2):98-110.

¹⁴¹ SATSE. Barómetro Enfermero 2014. Mundo Sanitario.2015 feb.p.3.

¹⁴² OCDE.Health at a Glance: Europe 2014. Disponible en:

http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf.

¹⁴³ CGE(Consejo General de Enfermería). Informe de Recursos Humanos Sanitarios de España y la UE 2014. Disponible en:

http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/InformeRRHHSanitarios2014.pdf.

8.3 La Enfermera

8.3.1 La enfermería humanizada

La relación clínica del paciente con la enfermera es potencialmente por duración temporal y emocional más intensa que con otros profesionales de la salud.

Los profesionales enfermeros deben de contar con unas cualidades ineludibles para poder otorgar un Cuidado con excelencia profesional. Estas virtudes deben incluir la compasión en el sentido de percibir como propio el sufrimiento ajeno basándose en el conocimiento de la vulnerabilidad del paciente, la competencia que cualifica al cuidador, la confidencialidad como compromiso, la confianza imprescindible en la relación clínica enfermera-paciente y la conciencia vinculada a la responsabilidad del Cuidado de otro ser humano¹⁴⁴.

La enfermería está presente al igual que el resto de las profesiones porque es útil socialmente y sus motivos se considerarán razones si coincide con las metas de la profesión¹⁴⁵ no siendo así otros motivos extraprofesionales como el prestigio o el poder.

El abordaje de algunos estudios nos clarifican qué valores guía son los que inspiran a los profesionales sanitarios y en especial al enfermero.

En algunos estudios fenomenológicos que se acercan al tema se observa gratamente que los principales valores guía son de carácter humanista, incluso trabajando en unidades altamente tecnológicas^{136,146}.

Es importante destacar que dentro de la estructuración de cuidados se recogen de manera taxonómica actividades relacionadas con el Cuidado humanizado¹⁴⁷.

También debemos rescatar el concepto de afecto ligado al Cuidado. Este concepto con frecuencia se tiende a desestimar por considerar que la vinculación emocional puede alejar la profesionalidad de la relación. Sin embargo esto no es así, de tal forma que los pacientes entienden que el afecto

¹⁴⁴ Torralba Roselló F. Constructos éticos del cuidar. *Enferm Intensiva*.2000;11(3)136-141.

¹⁴⁵ Cortina A. Ética de las profesiones. *El País* 1998 febrero 20; Sección opinión:p.3.

¹⁴⁶ Galán González-Serna JMª. Valores éticos interprofesionales compartidos para una asistencia integral. *Cuadernos de Bioética*.2013; 24(82):377-389.

¹⁴⁷ Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, Galán González-Serna JMª. La relación de ayuda en Enfermería. *Index Enferm [Internet]*.2014 Dic [Consultado 2015 mar 27]; 23(4):229-233. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-1296201400030000>.

y la compasión son dimensiones del Cuidado, al igual que ocurre dentro de la teoría enfermera aunque no existe unanimidad en qué situación ocupa dentro de la relación^{114,148}.

Sin embargo debemos reconocer que la imagen que proyecta el profesional sanitario en nuestros días no es ideal. Aunque es habitual la desconfianza de los pacientes y sus familias en cuanto a los diagnósticos y tratamientos, no es menos verdad que con gran frecuencia la queja es por un “mal trato”, entendido este cuando falta empatía, actitud de escucha, respeto o “simplemente” consideran que se atenta contra su dignidad¹⁴⁹. El Cuidado, esencia de la profesión enfermera debe ser un Cuidado humanizado, “*e/ Cuidado sin humanización no es Cuidado*”⁶¹.

No obstante debemos considerar que nuestra sociedad ha depositado en las ciencias de la salud unas expectativas desorbitadas. Los ciudadanos, sobre todo la población más joven, tienen interiorizado que los avances en salud y tecnología permiten superar casi cualquier problema de salud. De tal forma que cuando esto no resulta así, tienden a culpabilizar al agente de salud. Esta supremacía sobre la enfermedad e incluso sobre la muerte, a la vez que una pérdida de los valores de sacrificio y abnegación sitúa al profesional en una enclave complicado. Si unimos a esta situación las grandes promesas institucionales y políticas, no es extraño que con frecuencia surjan conflictos.

Aunque con frecuencia el profesional se vea perdido debe buscar esas virtudes y cultivarlas, incluso a pesar de las difíciles condiciones estructurales y organizativas¹⁵⁰. Quizás la clave está en no buscarlas fuera sino como señala Marchesi “*la barrera de la humanización, no está fuera de nosotros, no está en las ciencias o en las carencias, sino dentro de nosotros*”⁷⁹.

8.3.2 El empoderamiento del Cuidado

Los enfermeros y enfermeras debemos ser conscientes del poder del Cuidado mucho más visible en escenarios donde el resto de la atención (técnica, tratamientos etc.) falla. Con frecuencia la falta de poder del Cuidado no tiene su origen fuera de la profesión sino dentro, aunque también hay que considerar el paradigma biológico donde se mueven los profesionales enfermeros⁶².

¹⁴⁸ Beltrán Salazar, OA. Humanized Care: A relationship of familiarity and affectivity. Invest Educ Enferm.2015; 33(1):17-27.

¹⁴⁹ Reyes V. Humanización del cuidado de Enfermería. Un reto de la Gerencia de Enfermería.Portales médicos.com.2010.Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2239/1/Humanizacion-del-cuidado-de-Enfermeria-Un-reto-de-la-Gerencia-de-Enfermeria.html>.

¹⁵⁰ Díaz Cortes MM. Comunicación enfermera/paciente: reflexión la relación de ayuda. Rev Esp Com Sal.2011;2(1):55-61.

Aunque la teoría enfermera ha caminado bajo distintos paradigmas, modelos y teorías, creemos que la filosofía de Watson es una buena inspiradora de un Cuidado humanizado, siendo guía en nuestro ámbito laboral tanto en el campo asistencial, de gestión, docente o investigador¹⁵¹. Defiende dentro de su concepción teórica la formación de un sistema humanístico-altruista de valores, que inicialmente se reciba en la formación familiar y docente del niño pero que para futuras enfermeras deba completarse por parte de las enfermeras-educadoras¹⁵².

Debemos plantearnos qué formación tenemos las enfermeras en general y específicamente en ciencias humanísticas. Si bien es cierto que contamos con una formación técnica y científica de gran nivel, en general adolecemos de una formación filosófica y antropológica habitualmente limitada a conocimientos deontológicos, que con frecuencia nos impide interactuar con pacientes y familiares⁷⁴.

Aunque bastantes autores apoyan esta tesis^{115,116,131,144 ,149}, incluso a pesar del esfuerzo de profesionales por formarse en este aspecto dentro de unidades muy tecnológicas¹⁰⁷, la socialización a la que los somete la Institución hace que adquieran modelos de trabajo y comportamientos del grupo al que se han incorporado a trabajar¹¹². Es decir siguen la teoría de Parson donde los subsistemas institucionales son imperturbables y consiguen que los individuos que ingresan en ellas se adapten a sus normas y funcionamiento.

Por otra parte debemos reflexionar sobre qué modelos de humanización mostramos a nuestros alumnos, si los conceptos básicos ligados a la humanización son homogéneos así como la formación de los docentes enfermeros en esta materia^{153,154}. Es en mano de los docentes enfermeros donde se asienta la base de poner en valor esos “Cuidados invisibles” que ponen en alza un nuevo paradigma del Cuidado, y que permitirá en un futuro hacer visible lo invisible contribuyendo a la formación de futuros profesionales que no solo sean competentes tecnológica o científicamente, sino que adquieran una formación que les permita “enfrentarse” a una relación global con el paciente.

¹⁵¹ Guillaumet i Olives M, Fargues i García I, Subirana i Casacuberta M, Bros i Serra M. Teoría del cuidado humano. Un café con Watson. Metas de Enfermería. 2005;8(2):28-32.

¹⁵² Watson J. Filosofía y ciencia del cuidado. En: En: Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona : Elsevier; 2007.p.95.

¹⁵³ Casate J C, Corrêa A K. The humanization of care in the education of health professionals in undergraduate courses. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(1):212-218.

¹⁵⁴ Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. Salud Uninorte. 2009;25(1):172-178.

Aunque Paciente e Institución son esenciales para el proceso de humanización, es la Humanización del profesional lo que sin duda marca la diferencia de una asistencia humanizada: *“Una Institución, un lugar, se dice están humanizados cuando en ellos actúan personas humanizadas”*⁶⁰.

8.3.3 Factores del Cuidado Humanizado-Deshumanizado en relación al profesional enfermero

Tecnología

Es muy habitual relacionar una asistencia deshumanizada con el fenómeno de la tecnología. Parece como si el desarrollo tecnológico y su aplicación al mundo de la salud fuera necesariamente causa-efecto de la deshumanización, incluso como si fuesen términos contrapuestos. Sin embargo aunque exista una coincidencia temporal de ambos fenómenos no podemos afirmar que esto sea así. La tecnología como la ciencia en general no tiene un valor ético absoluto, no es mala o buena. La forma de usarla es lo que la califica éticamente. No podemos dejar de admitir cuanto bueno ha traído la técnica a la salud, cuanto dolor ha ahorrado, cuanto mortalidad y morbilidad ha disminuido, en resumen cuanto de dignidad ha aportado a la vida de nuestros pacientes.

El problema no es una sociedad y por tanto una Sanidad técnica sino tecnicista¹³⁰, que busca en la técnica la solución definitiva a todos los problemas que el hombre ha tenido desde el principio de su existencia. La técnica es un medio, no un fin o la solución a todos los problemas del hombre.

No obstante no podemos minimizar el efecto negativo que la tecnificación ha tenido sobre la humanización en la relación clínica 3,16,,25,,60,63,76,111,,115,116 . En algunas ocasiones ha tenido un efecto pernicioso directo sobre la relación personal, ya que la entrevista con el paciente o la exploración, herramientas mediante las cuales se relacionaba el paciente con el profesional de la salud, han sido sustituidas por pruebas mediadas por monitores, TAC, PET, RNM etc., en las que ya no hace falta un contacto directo. Esta situación aún poco cuantificada causa en el paciente “hambre de piel”⁶⁰. ¿Cuántos de nuestros pacientes tienen la sensación de que nadie les ha tocado durante todo un ingreso hospitalario sin una barrera material de por medio?

Sin embargo debemos meditar el porqué de esta fascinación por la tecnología. La fascinación de los pacientes pasa por la idea de que el avance tecnológico es lo que nos salvará de todo mal incluso ingenuamente de la muerte¹¹⁶. Consideramos que a veces los pacientes son incapaces de relacionarse con su enfermera si no es mediante una máquina o instrumento que lo mediatice, bien porque se ha instrumentalizado al propio personal o bien

porque el paciente ha aprendido este mecanismo de comunicación⁶⁵. Realmente podemos decir que se ha divinizado la tecnología.

Esta fascinación social es recogida por la Institución a sabiendas que es garantía de éxito el contar con aparataje moderno y terapias novedosas, no importando con frecuencia su necesidad, su utilidad e incluso su precio³.

También los profesionales enfermeros han sucumbido a esta fascinación. El prestigio social que acompaña el dominio de la técnica sin duda está de por medio, y han relacionado el Cuidado con el procedimiento o la técnica y no con el paciente²⁵, incluso pueden sentirse minusvalorados cuando realizan cuidados básicos. Además debemos puntualizar que la invasión de la tecnología con frecuencia ha relegado a la enfermería a meros técnicos perdiendo su esencia de visión global del paciente al instaurar un trabajo por tareas. La realidad es que cuando se procede de este modo inicialmente puede encontrarse reconocimiento pero pasado un tiempo los niveles de insatisfacción profesional crecen ya que no pueden responder a la pregunta ¿dónde está el enfermo? ¿dónde está la esencia de mi profesión?¹¹⁵. Creemos que la poca valoración de los llamados Cuidados invisibles basados en la comunicación, empatía, sensibilidad, cercanía, puede estar detrás de la búsqueda de reconocimiento laboral a través de la técnica.

De manera habitual desde la Institución se envían mensajes de la supremacía de la técnica sobre el recurso humano al invertir desproporcionadamente en alta tecnología y recortando inversiones en plantilla⁶⁷, así como utilizando los equipos por mera disponibilidad más que por la justificación de su necesidad¹⁵⁵.

Esta situación se acrecienta en unidades de cuidados críticos favoreciendo que el hilo de unión entre paciente y enfermero sea “la maquinaria” utilizada¹⁰⁴, y el paciente apenas “sobresalga entre las sábanas”¹⁵⁶. Curiosamente los pacientes ingresados en estas unidades no perciben esta tecnología como avasalladora de su humanidad^{107,136}.

Por último lo que sí debemos reseñar es que la atención al paciente basada o dominada por la tecnología es una atención defectuosa, débil e

¹⁵⁵ Stein Backes D, Santos Koerich M, Lorenzini Erdmann A. Humanizando el cuidado a través de la valoración del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. Rev Latino-am Enfermagem [Internet].2007 Feb [Consultado 2014 agost 25];15(1): 34-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100006>.

¹⁵⁶ Tórres Pérez L. La pesadilla de no poder dormir:¿Una realidad para el paciente de cuidados críticos?. Artículo de revisión I. Tempus Vitalis.2002;2(1):10-23.

incompleta. La presencia humana es insustituible en los procesos de enfermedad, dolor o muerte¹⁵⁷.

Se hace necesario que la técnica esté al servicio del Cuidado y no el Cuidado al servicio de la técnica.

Conflictos entre profesionales

Los profesionales sanitarios y por tanto las enfermeras/os trabajan necesariamente en relación con otros. Estas relaciones con frecuencia pueden encontrar dificultades y debemos acercarnos al conocimiento de cómo esto puede influir en la asistencia a nuestros pacientes.

Los profesionales sanitarios inmersos en nuestros grandes centros, establecen relaciones entre sus “iguales” y con otros profesionales, sanitarios o no, que forman parte del sistema. En todas las relaciones incluidas las de iguales, surgen conflictos en el marco de la relación laboral, con frecuencia por luchas de poder, aspiraciones más o menos confesadas o simplemente por modelos laborales distintos. Mucho más acusadas son las diferencias entre distintos estamentos sanitarios, donde los desencuentros entre médicos y enfermería ha sido habitual, incluso magnificada, teniendo su origen en distintos factores. En primer lugar, enfermería con su evolución formativa y laboral, reivindica desde hace años el abandono de un papel dependiente de la medicina, debiendo sumar a esto los prismas distintos bajo los que se mira el paciente, los médicos bajo un prisma curativo, la enfermería bajo el prisma del Cuidado. Sin embargo como afirma Feito *“la única relación posible entre médicos y enfermeras/os es el trabajo en equipo y el respeto mutuo. Esto exige que ambos se reconozcan como profesionales competentes cuyo objetivo es común si bien las tareas que cada uno realiza son distintas aunque relacionadas”*¹⁵⁸

El papel de los Servicios o UGC (unidades de gestión clínica) tiene que ser considerado, pues aunque sus objetivos deberían ser comunes no siempre es así. Las luchas por supremacías de unos Servicios frente a otros, o por rentabilidades económicas sobre todo en las UGC dejan al paciente con frecuencia a merced de una atención pobremente humanizada.

Sin embargo debemos señalar que un equipo no es un grupo de personas que trabajan juntas. Existen una serie de circunstancias que dificultan esta forma de trabajar, la diferencia entre los sistemas de valores, bagajes culturales, aprendizaje o socialización. Es necesario en aras de una asistencia humanizada un sistema de valores compartidos como herramienta que

¹⁵⁷ Cerda I. La ciencia y la tecnología en la humanización de los servicios de salud. Rev Medicina, Vida y Salud. 2008 Marz;2(3):3.

¹⁵⁸ Feito L. Trabajo en equipo. Bioética.2014;(19):2-6.

solucione al menos parcialmente esta situación¹⁴⁶, además de entrenamiento y modificación de actitudes¹⁵⁸.

Un centro sanitario donde los profesionales tienen problemas de competencias e incluso de autonomía aunque sea exclusivamente dentro de la unidad en que trabajan, no puede ofertar un Cuidado humanizado^{111,116,136,139,146}.

Aunque los propios pacientes identifican los problemas entre profesionales como un factor deshumanizante¹¹³, no podemos obviar qué papel ocupa la Institución en este tema. Una institución que no fomenta valores grupales, que no facilita buenas relaciones entre Servicios o incluso que promueve competitividades insanas no facilita en absoluto una asistencia humanizada. Cuando la relación de poder de la Institución instaurada de manera vertical se impone sobre el profesional perdiendo la visión del objetivo principal, la atención humanizada y de calidad del paciente, explica que el profesional se revele frente a lo instituido, pudiéndose causar más deshumanización asistencial^{112,158}. Los profesionales sanitarios empiezan a ser conscientes de cómo influyen estos elementos laborales en su trabajo diario, y comienzan a realizarse estudios en este sentido¹⁵⁹. El trabajo en equipo y la formación de las actitudes de colaboración son exigencias éticas para un desarrollo profesional adecuado y humano.

Síndrome de Burnout

La enfermería es una profesión vinculada con frecuencia al padecimiento síndrome de Burnout^{74,160,161,162,163}. El concepto de síndrome de Burnout

¹⁵⁹ Toribio Martínez J. La importancia del clima laboral en la prestación de cuidados. Un nuevo camino hacia la excelencia en los cuidados. XXV Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras. Sevilla. 21-23 mayo 2014.

¹⁶⁰ Ibañez Martínez N, Vilaregut Puigdesens A, Abio Roig A. Prevalencia del síndrome de *burnout* y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería Clínica*. 2004 may;14(3):142-151.

¹⁶¹ Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista electrónica Inter Ação Psy* [Internet]. 2003 ag [Consultado 2014 nov 12]; (1):19-33. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>.

¹⁶² Seguel F, Valenzuela S. Relación entre la fatiga laboral y el síndrome de Burnout en personal de enfermería en centros hospitalarios. *Enfermería Universitaria*. 2014;11(4):119-127.

¹⁶³ González Gutiérrez J L, Moreno Jiménez B, Garrosa Hernández E, López López A. Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2005; 37(3):477-492.

acuñado por Freudenberger en la década de los 70 del pasado siglo tiene otras denominaciones como síndrome del cansancio emocional o síndrome del estrés laboral. No obstante parece ser que la traducción al término español de síndrome de quemarse por el trabajo es la más idónea pues con frecuencia otros términos aluden a cuadros o conjunto de signos con los que se evidencia el Burnout, pero no es su esencia.

Maslach y Jackson definen en la década de los 80 del siglo pasado el Burnout como un síndrome tridimensional compuesto por *cansancio emocional*, *despersonalización* y *dificultad para el logro/ realización personal*. A partir de esta definición se elaboró el Maslach Burnout Inventory (MBI) cuyo objetivo era medir mediante tres subescalas la presencia del síndrome principalmente en profesiones de servicio¹⁶⁴.

Aunque inicialmente el abordaje de este síndrome se centró en profesiones asistenciales, hoy día se aplica a diversos grupos profesionales desde directivos a amas de casa, aceptándose que es un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de estrés laboral donde sus estrategias de afrontamiento no funcionan¹⁶¹.

El síndrome presenta sintomatología en sus tres elementos citados. En la *falta de realización personal* los profesionales tienden a evaluarse negativamente tanto en su trabajo como en la relación con las personas a las que atienden (en las profesiones asistenciales). En cuanto al *cansancio o agotamiento emocional* los profesionales se definen como cansados, sin posibilidad de dar más de sí mismos ni en su trabajo ni afectivamente. Y por último en cuanto a la *despersonalización*, esencial para el tema que nos ocupa, se caracteriza por el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos como el cinismo hacia las personas destinatarias de su trabajo, las cuales visualizan a estos trabajadores como deshumanos debido a su endurecimiento afectivo¹⁶⁵.

Esta situación mantenida evoluciona a rendimiento laboral bajo, deterioro de la calidad del servicio, absentismo laboral, alto número de rotaciones de puestos de trabajo e incluso abandono del mismo^{160,163}. Lo evidente es que el sufrimiento de este síndrome tiene repercusiones directas sobre la persona que lo padece, sobre las personas atendidas y sobre la organización.

Hay una serie de elementos que favorecen la aparición del Burnout, personales como la estructura familiar, el sexo (las mujeres son más vulnerables, aunque puede influir el tipo de contratación a la que están

¹⁶⁴ Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Académica. 2010;(112):1-40.

¹⁶⁵ Gil-Monte PR, Peiró JM^a. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología.1999;15(2):261-268.

sometidas), el tipo de implicación del trabajador, así como sociales tanto extralaborales (vida social y familiar) como laborales (de la Institución) principalmente vinculadas a tipo de trabajo, horarios, carga laboral etc¹⁶⁴.

Las consecuencias ante el padecimiento del síndrome de Burnout son principalmente emocionales y en menor medida cognitivas y conductuales, aunque la mayoría de los estudios realizados sobre este tema se han centrado en las emociones y no en conductas o cognición.

Sin embargo en el tema que nos ocupa, la alteración de la conducta en la aparición de la despersonalización del profesional es el punto de arranque que vincula el padecimiento del síndrome de Burnout con la deshumanización sanitaria. Esta despersonalización tiene unas consecuencias directas sobre el trabajador (consumo de estimulantes, desórdenes fisiológicos principalmente osteoarticulares etc.), y sobre su trabajo (tendencia al aislamiento, evitación de decisiones o absentismo) así como una actitud de cinismo que los autores han descrito como un alejamiento del usuario, de frialdad en el trato, no implicación en su problemática e incluso un maltrato directo en casos muy acusados^{164,165}.

Sin embargo en el caso de la profesión enfermera esta conducta tarda en aparecer en opinión de algunos autores porque el rol enfermero está muy alejado de estos comportamientos y por lo tanto no es la primera estrategia de afrontamiento que aparece, y se recurre a otras estrategias con frecuencia más dañinas para el profesional. No obstante si la situación laboral no varía acaban apareciendo¹⁶⁴. De hecho ese desarrollo de un rol que pretende “atender todo”, “estar en todo”, es un elemento estresante propio de la profesión¹⁶⁶.

Existen estudios que relaciona el Burnout que aparece en las enfermeras con la falta de poder que ejercen las profesionales en los hospitales vinculado a falta de apoyo, recursos insuficientes, escasa autonomía y no participación en la toma de decisiones¹⁶⁷, o como la sobrecarga laboral influye en la aparición de un incremento de la fatiga y el desarrollo de síndrome de Burnout^{162,163}.

La relación de sufrir síndrome de Burnout con un Cuidado deshumanizado ha sido defendida por distintos autores^{74, 116}.

Por otra parte la cultura laboral de nuestros centros donde la enfermera se ve inmersa en una cantidad desmesurada de tareas que convierten al profesional en una máquina olvidando el sentido humanístico del Cuidado, la rotación constante de profesionales, la precariedad laboral, la temporalidad del trabajo, o la vinculación forzada a un trabajo por objetivos ante el temor a la

¹⁶⁶ Guarín Berrío G, Castrillón Agudelo MC. El mundo de la enfermera: “Uno aquí no se sienta”. Contexto de los cuidados. Invest Educ Enferm.2009;27(2):226-234.

¹⁶⁷ Albar Marín MJ. Poder y Síndrome de Burnout en Enfermeras: Un Modelo Explicativo desde el Enfoque Psicopolítico [tesis doctoral]. Sevilla: Departamento de Psicología Social de la Universidad de Sevilla; 2009.

pérdida del mismo, encaminan a estos profesionales a una sobrecarga laboral, y con frecuencia a la aparición del síndrome del profesional quemado^{61,,67,131,132,138}.

No podemos olvidar en cuanto a la etiología del Burnout y el modelo de intercambio social, el papel que ejerce la falta de motivación de los profesionales, parcialmente en relación a la Institución, y con frecuencia las exigencias desproporcionadas de una sociedad altamente hedonista y exigente. La motivación o más bien su falta actúa sobre el profesional como un dinamizador de insatisfacción que unidos a otros lo lleva a una sensación de agotamiento vinculado al síndrome de Burnout. Es obligación de la estructuras sanitarias a la búsqueda de un Cuidado no solo de calidad sino humanizado conseguir la motivación de sus profesionales^{113,115,117,131}. Curiosamente algún autor nos habla como la humanización del Cuidado reduce el estrés de los pacientes pero también del profesional enfermero huyendo del síndrome de Burnout¹⁶⁸.

Podemos concluir diciendo que la presencia de un Burnout alto dentro de los profesionales enfermeros no solo tiene un efecto negativo sobre la salud del trabajador(física y psíquica) sino que disminuye la calidad del Cuidado y sobre todo influye a la hora de la prestación de un Cuidado humanizado.

La visión del paciente como un problema

Aunque de manera incipiente empieza a percibirse en nuestra Sanidad la visión del paciente como un problema.

Todos nuestros pacientes son un reto. Algunos desde el punto de vista de la comunicación, otros desde el conocimiento de su proceso, o del Cuidado técnico, o incluso por la edad. Esto es algo inherente a nuestra profesión, de tal forma que es parte de la esencia del profesional la necesidad de un continuo avance en su conocimiento para poder ofertar un Cuidado adecuado. Sin embargo en estos últimos años observamos cómo frente a una Sanidad judicializada, politizada y masificada empezamos a observar como los profesionales vuelven su cara hacia el paciente con cierta desconfianza, e incluso con miedo. Las agresiones a personal sanitario son algo más que hechos aislados.

¹⁶⁸ Heluy de Castro C, Efigênia de Faria T, Felipe Cabañero R, Castelló Cabo M. Humanización de la atención de enfermería en el quirófano. Index de Enfermería [Internet]. 2004 jun [Consultado 2014 nov 28];13(44-45):18-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000100004&lng=es.

El paciente al que nos proponemos ayudar se convierte en un sospechoso, incluso pasado un tiempo cuando quizás no recordemos su cara recibiremos una reclamación o denuncia en su nombre¹³⁰.

La ingente “masa” de pacientes frente a un disminuido personal enfermero se convierten en una carga, un problema^{8,74,,79}.

De tal forma que un mecanismo de defensa es el aislamiento del paciente, no solo con falta de comunicación, sino lo que es aún más grave la huida de toda cercanía física o afectiva con el paciente determinando un Cuidado deshumanizado¹¹⁶.

Ante una Sanidad con un claro perfil biológico, el objetivo principal es la búsqueda etiológica de la enfermedad despertando en el paciente grandes expectativas. Sin embargo estas expectativas no siempre se cumplen y por tanto genera frustración. Frustración en el paciente pero también en el profesional. Si ha centrado su esfuerzo y esperanza en la búsqueda de “una solución mágica” para su enfermedad y no es posible hallarla, ¿qué hacemos ahora con el paciente? ¿dónde lo enviamos? El paciente se ha convertido con frecuencia en “algo incómodo” del que queremos desprendernos cuanto antes.

La visión del paciente bajo esta perspectiva es un ataque directo a la relación clínica establecida paciente-enfermera.

Este aspecto de la deshumanización sanitaria está aún poco estudiado, pero por su importancia debe de despertar interés en todo el personal sanitario y en enfermería en particular, por saber si realmente se presenta de forma habitual en la relación que establecemos con nuestros pacientes, así como la búsqueda de soluciones para atajar esta visión nociva de la relación clínica.

Hipótesis

Y

Objetivos



HIPÓTESIS

El estudio se enmarca en un abordaje cualitativo de la comprensión que el personal de enfermería tiene sobre el fenómeno de la humanización/deshumanización de la relación clínica con nuestros pacientes. Supone por tanto un acercamiento a la percepción y visión de estos profesionales sobre el tema de la humanización clínica en sus Cuidados.

Por tanto pensamos que en primer lugar los profesionales de enfermería del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla perciben en un alto porcentaje la existencia de deshumanización sanitaria y en segundo lugar que los enfermeros de esta Área creen que existen determinados factores asociados a la presencia de humanización/deshumanización en el Cuidado.

En el estudio que presentamos, se realiza un acercamiento a la detección de los factores asociados a las creencias sobre humanización/deshumanización en el entorno de la enfermería clínica del Área citada.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. Objetivo General

- 1) Explorar las creencias que las enfermeras/os del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla tienen sobre el fenómeno de la humanización/ deshumanización en la asistencia sanitaria.

2. Objetivos Específicos

- 1) Conocer en qué grado creen los enfermeros del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla se presenta deshumanización en la asistencia sanitaria
- 2) Conocer la visión que los profesionales enfermeros del Área citada tienen sobre determinados aspectos vinculados al Cuidado humanizado, en especial la presencia de un Cuidado holístico, la fragmentación del mismo y la dimensión que la tecnología ha alcanzado en su entorno más cercano.
- 3) Conocer la percepción que tienen los profesionales de factores relacionados con el Cuidado humanizado vinculados a la Institución sanitaria.
- 4) Descubrir qué percepción tienen las enfermeras/os con respecto a factores del desarrollo profesional como el Síndrome de Burnout, los conflictos entre profesionales, el papel del paciente como “un problema” y cómo estos elementos pueden influir en el Cuidado humanizado dispensado al paciente.
- 5) Explorar cuál es la visión de los enfermeros según el centro al que pertenecen

- 6) Conocer cuál es la visión de los enfermeros de Atención Especializada frente a los de Atención Primaria en el tema de la asistencia humanizada/deshumanizada
- 7) Conocer si existe alguna asociación entre la variable sexo y la respuesta a las preguntas planteadas
- 8) Conocer si existe alguna asociación entre la variable edad y tiempo de servicio y la respuesta a las preguntas planteadas.

Metodología



METODOLOGÍA

1. Diseño del estudio

El estudio se enmarca dentro del paradigma naturalista realizándose por tanto una investigación cualitativa. Es un estudio descriptivo observacional transversal.

La elección de un estudio cualitativo se basa en que nos interesa conocer *“la experimentación de la realidad tal como otros la experimentan”*¹⁶⁹, siendo esta realidad la visión enfermera de la asistencia sanitaria en su cualidad de humanización-deshumanización, desde la perspectiva de la relación clínica.

Al tener una secuencia temporal transversal visualizamos cuál es la perspectiva de los profesionales en este momento, tanto en el Área Sanitaria estudiada en su globalidad como dentro de cada centro, así como la visión y creencias de la enfermería Especializada frente a la de Primaria.

2. Población de estudio

Profesionales enfermeros del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.

2.1 Descripción del Área Sanitaria

El Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla tiene una zona de influencia territorial de 3.600 Km², con una densidad de población de 123 habitantes/ Km². Abarca las comarcas de la Sierra Sur de Sevilla, la Vega del Guadalquivir, y la Campiña. Su población asistencial es cercana a las 500.000 personas. Los pacientes atendidos en esta área combinan su pertenencia a municipios básicamente rurales, con los que viven en grandes municipios que funcionan

¹⁶⁹ Álvarez- Gayou JL. Introducción a la investigación cualitativa. En: Álvarez- Gayou JL. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. México DF: Paidós Mexicana; 2003.p. 13-38

de manera muy similar a ciudades dormitorio. Está compuesta por nueve Zonas Básicas de Salud, tres centros periféricos de especialidades y dos centros hospitalarios.¹⁷⁰

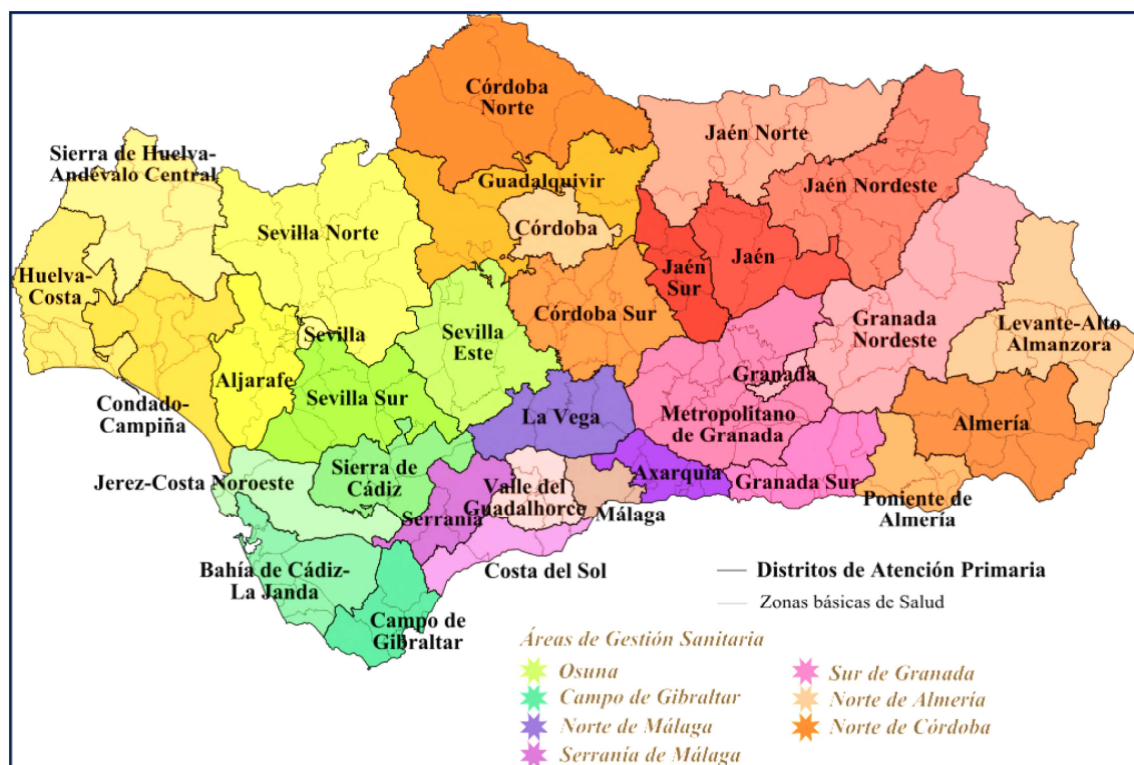


Figura 1: Mapa Sanitario de Andalucía

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud>

¹⁷⁰ Memoria 2014 del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla



Tabla 1: Centros del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

CENTROS	
Hospital Virgen de Valme	
Hospital del Tomillar	
Zona Básica de Salud de Alcalá de Guadaira	U.G.C D Paulino García Donas
	U.G.C Ntra. Sra. de la Oliva
	U.G.C Las Beatas
Zona Básica de Salud de Dos Hermanas	U.G.C D ^a Mercedes
	U.G.C Las Portadas-Santa Ana
	U.G.C Los Montecillos
	U.G.C Montequinto
	U.G.C Olivar de Quinto
	U.G.C San Hilario
Zona Básica de Salud de El Arahál	U.G.C del Arahál
Zona Básica de Salud de Las Cabezas de San Juan	U.G.C Las Cabezas de San Juan
Zona Básica de Salud de Lebrija	U.G.C de Lebrija
	U.G.C El Cuervo
	U.G.C San Isidro
Zona Básica de Salud de Los Palacios	U.G.C Ntra. Sra. de la Nieves
Zona Básica de Salud de Montellano	U.G.C de Montellano
Zona Básica de Salud de Morón de la Frontera	U.G.C El Rancho
	U.G.C San Francisco
Zona Básica de Salud de Utrera.	U.G.C Utrera Norte
	U.G.C Utrera Sur
C.P.E de Alcalá de Guadaira	
C.P.E de Dos Hermanas	
C.P.E de Morón de la Frontera	

El Área cuenta con un total de 3.659 trabajadores distribuidos en sus centros de atención Primaria y Especializada. Sus dos hospitales tienen un total de 574 camas, 77 de las cuales pertenecen al Hospital del Tomillar y el resto al Hospital de Valme.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria incluye el Área de atención a la Persona, el Área de atención a la Familia, el Área de atención a la Comunidad y Otros Servicios.

El Hospital de Valme cuenta con las siguientes Unidades de Gestión Clínica: Alergología (Intercentro H Virgen del Rocío), Bloque Quirúrgico, Cardiología, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Cirugía Vascular, Cuidados Críticos y Urgencias, Dermatología, Diagnóstico por Imagen, Endocrinología y Nutrición, Enfermedades Infecciosas y Microbiología, Farmacia, Ginecología y Obstetricia, Hemato-Oncología y Anatomía Patológica, Laboratorios Clínicos (Intercentro H. Virgen del Rocío), Medicina Interna y Continuidad, Medico-Quirúrgica de Enfermedades Digestivas, Neumología, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología (Intercentro H. Virgen del Rocío), Pediatría y Neonatología, Rehabilitación y Fisioterapia, Reumatología y Aparato Locomotor, Salud Mental, Salud Pública Prevención y Promoción de la Salud y Urología,

El Hospital del Tomillar está situado en el término municipal de Alcalá de Guadaira . Cuenta con unidades de hospitalización básicamente de Medicina Interna y Cuidados Paliativos Integrales, así como de Cirugía de estancia corta vinculada a una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Además cuenta con una Unidad de Salud Mental: la Comunidad Terapéutica

2.2 Población

La población diana son los enfermeros del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. La población de estudio la conforman los profesionales con labor asistencial en la citada Área, siendo excluidos los enfermeros gestores o de labor investigadora.

El censo identificativo de los enfermeros asistenciales del Hospital de Valme y del Tomillar fue solicitado a la Dirección de Enfermería del Hospital de Valme. Análogamente, se contactó con los coordinadores de las 21 UGC de Atención Primaria y nos fue facilitado su censo.

De los 429 profesionales del censo facilitado por el Hospital de Valme, seis enfermeros fueron desestimados, pues en el momento de la recogida de datos ejercían labores de Gestión o estaban de baja prolongada (no sustituidos por ningún otro profesional), quedando un total de **423** enfermeros útiles para el estudio. Por su parte el Hospital del Tomillar facilitó un censo 75 enfermeros, siendo desestimados dos de ellos, uno por estar repetido y otro por ejercer

labor de Gestión en el momento del estudio, quedando un total de **73** disponibles para el estudio.

En cuanto a Atención Primaria los coordinadores de la UGC facilitaron un censo actualizado (filtrado el enfermero no asistencial o el de baja prolongada) con una población total de **217** enfermeros.

Así pues, la población total objeto de este trabajo es de **713** enfermeros, **496** de atención especializada y **217** de atención primaria.

Tabla 2: Enfermeros por Centros

Centro	Enfermeros
Hospital de Valme	423
Hospital del Tomillar	73
Centros de Salud (Atención Primaria)	217
Total	713

2.3 Criterio de Selección

2.3.1 Criterios de inclusión

Dentro de la población se siguieron los siguientes criterios de inclusión

- 1) Realizar labor asistencial en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla
- 2) Estar en activo en el momento de la realización de la Encuesta

2.3.2 Criterios de exclusión

- 1) No tener estabilidad laboral superior a 15 días con el objetivo de poder tener el suficiente margen de tiempo para la recogida de datos.
- 2) No realizar exclusivamente labor asistencial combinándola temporalmente con labores de gestión

3. Diseño del cuestionario

Para la realización del estudio se diseñó un cuestionario con el objetivo de poder recabar la percepción que tienen los enfermeros del Área Sanitaria Sur de Sevilla en cuanto a la asistencia sanitaria bajo el aspecto del Cuidado humanizado y factores relacionados con el mismo. Se optó por este formato en lugar de entrevista o grupo de discusión, porque el estudio pretende recabar información de un número importante de profesionales, así como conocer su opinión sobre una variedad de aspectos relacionados con la asistencia humanizada.

En la primera parte del cuestionario, se incluye una introducción que explicita la finalidad del estudio, una breve explicación de los términos teóricos que maneja el mismo, instrucciones para su cumplimentación y agradecimiento previo.

En la segunda parte del cuestionario se enumeran una serie de cuestiones, cada una de ellas en relación a un factor asociado al proceso de humanización-deshumanización de la asistencia sanitaria. Las variables cualitativas incluidas en la encuesta son dicotómicas 'sí/ no', con posibilidad de respuesta 'no sabe/ no contesta'. Al final de la encuesta se incluyen una serie de variables demográficas con el fin de no distraer la atención del encuestado al inicio de la misma, y evitar que llegase a las preguntas esenciales con cierto "cansancio del encuestado".

Por último el área de respuestas de la encuesta fue coloreada en tono azul con graduación de color para dar una sensación de consecución de objetivo conforme se iba cumplimentando la misma.

3.1 Variables

3.1.1 Variables demográficas

- 1) Edad (años)
- 2) Sexo
- 3) Tiempo de servicio (años)
- 4) Centro Asistencial (Centro hospitalario-Unidad asistencial / Centro de salud)

3.1.2 Variables cualitativas

Todas las variables cualitativas se apoyan en el marco teórico. Dentro del mismo se recogen como factores asociados al proceso de humanización-deshumanización. La redacción de las cuestiones se ha realizado evitando que sean vagas, con un único concepto ligado a la cuestión, utilizando lenguaje sencillo, neutras y sin fórmula de redacción negativa^{171,172,173}

- 1) Creencia de existencia de deshumanización en la asistencia sanitaria
- 2) Percepción de la sobrevaloración de la técnica
- 3) Burocracia asociada al trato deshumanizado
- 4) Cuidado integral del paciente
- 5) Fragmentación del Cuidado
- 6) Problemas interprofesionales como factor asociado a la atención humanizada
- 7) Estructura del Sistema Sanitario vinculado a rentabilidades
- 8) Presencia del trato humanizado como objetivo de la Institución
- 9) Déficit de recursos asociado a la humanización de la asistencia
- 10) Valoración del tipo de déficit de recursos en su influencia en la asistencia humanizada
- 11) Influencia de la presencia del Síndrome de Burnout en el trato humanizado
- 12) Consideración del paciente como sujeto de cuidados versus “un problema”.

¹⁷¹ Argimón Pallás J M^a, Jiménez Villa J. Diseño de cuestionarios. En: Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 4 ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 188-199.

¹⁷² Carrillo Aranda B, Santos Heredero F J. Métodos de recogida de datos. En: Metodología básica de investigación en enfermería. 1 ed. Madrid: Díaz de Santos; 2004. p. 77-98.

¹⁷³ Salamanca Castro A B. Las herramientas de recogida de datos. En: El aeiou de la Investigación en Enfermería. 1 ed. Madrid: FUDEN; 2013. p. 262-272.

3.2 Pilotaje del Cuestionario

Tras la elaboración inicial del cuestionario, se sometió a un pilotaje de 28 encuestados pertenecientes tanto a Atención Especializada (Valme y Tomillar) como a Primaria, detectándose la necesidad de algunas puntualizaciones.

En primer lugar, en las normas de cumplimentación se especificó que se expresasen la edad y el tiempo de servicio en años completos, sin añadir meses, pues su tabulación y procesado sería en esa unidad. En la pregunta que pretende explorar la opinión de los encuestados sobre la asociación de problemas entre profesionales y humanización, inicialmente se especificaba problemas 'interprofesionales' y fue sustituido por problemas 'entre profesionales' al señalar algunos de los encuestados que no entendían bien este término. Por último, en la cuestión que se pregunta sobre el orden de importancia del déficit de los distintos recursos en relación a humanización, se vio la necesidad de indicar que 'se ordenase de 1 a 3' por orden de importancia, especificando que el 1 correspondía al recurso más importante y el 3 al de menor importancia.

Tras este pilotaje inicial y las correcciones señaladas, el cuestionario quedó definitivamente elaborado.

3.3 Cuestionario

ENCUESTA ANÓNIMA

El objetivo de esta encuesta es aportar la opinión de los enfermeros/as sobre la humanización de la asistencia sanitaria, en especial la presencia o ausencia de factores asociados a la misma. La información recogida servirá como base de un estudio sobre factores de humanización en la relación clínica enfermero/a- paciente en el Área Sanitaria Sur de Sevilla

El uso de los datos obtenidos será totalmente confidencial . El objetivo de la recogida de datos **NO ES** valorar al enfermero/a, sino **CONOCER** su visión sobre la situación en la que se encuentra nuestro ámbito sanitario. A continuación se especifica el significado de los términos principales que maneja el estudio.

1. Humanización

Entendemos por “humanización” el proceso por el cual pasamos de tener condiciones de vida menos humanas a condiciones de vida más humanas; por ejemplo, pasar de la miseria a poseer los bienes indispensables para vivir, pasar de una situación de injusticia a ser respetado en nuestra dignidad, etc.

2. Humanización de la asistencia sanitaria

Entendemos por asistencia sanitaria humanizada aquel proceso por el cual se atiende a la persona (al paciente) en todas sus dimensiones (biológica, psíquica, espiritual), de forma integral, respetando su dignidad, y no considerándolo como un objeto o como un número.

3. El proceso de humanización en la asistencia sanitaria se desarrolla sobre tres grandes pilares: el paciente, el profesional sanitario y el centro sanitario.

Por favor rellene la encuesta que se encuentra en el reverso de la hoja señalando con una **X** el dato que considere más correcto y expresando en años la edad y el tiempo de servicio (total de experiencia profesional)

MUCHAS GRACIAS

Cuestiones	Sí	No	No sabe/no contesta
¿Cree usted que existe deshumanización en la asistencia sanitaria?			
¿Considera usted que la tecnificación ha sido “divinizada” en la atención al paciente?			
¿Cree usted que la burocracia de los centros sanitarios es un motivo de trato deshumanizado al paciente?			
¿Considera que los cuidados enfermeros al paciente se prestan de una forma integral (biológica, social y psicológica) ?			
¿Cree que la prestación de los cuidados que presta la enfermera/o se realiza de manera fragmentada (por aparatos, patologías, servicios etc.)?			
¿Cree usted que los problemas entre profesionales (autonomía profesional, conflictos internos, falta de trabajo en grupo etc.) influyen en la atención humanizada a los pacientes?			
¿Considera que el Sistema Sanitario está estructurado en base a rentabilidad económica, social o política?			
¿Cree usted que el trato humanizado al paciente se incluye dentro de los objetivos de la Institución Sanitaria?			
¿Considera usted que la falta de recursos afecta directamente a la humanización de la asistencia sanitaria?			
¿Qué recursos considera usted más importante para una asistencia humanizada? Por favor ordene de 1 a 3 de mayor a menor importancia		Recursos materiales	
		Recursos humanos	
		Tiempo	
“Estar quemado en el trabajo”, ¿influye en el trato humanizado al paciente?			
¿Cree que el paciente es considerado frecuentemente más como un problema que como un sujeto de cuidados?			

Edad (años)	
-----------------------	--

Sexo	Mujer		Hombre	
-------------	--------------	--	---------------	--

Tiempo de servicio: (años)	
--------------------------------------	--

Hospital de Valme	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hospital del Tomillar	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------

Unidad Asistencial:

Centro de Salud:

Figura 2: Cuestionario del estudio

4. Metodología del análisis estadístico

4.1 Diseño de muestreo

La población marco del estudio la conforman 496 profesionales de Enfermería pertenecientes a las diferentes UGC de los hospitales de Valme y Tomillar de Sevilla y 217 pertenecientes a 21 Centros de Salud del área. El principal objetivo del trabajo es que los enfermeros de ambas subpoblaciones identifiquen la presencia de factores de humanización/deshumanización en su entorno laboral, y para ello se realizará una encuesta a una muestra de enfermeros seleccionados mediante muestreo aleatorio estratificado por Hospital y Centros, con afijación proporcional al tamaño de UGC en el Hospital y al tamaño de Centro en el área. La selección final de sujetos se realiza mediante muestreo aleatorio simple.

4.2 Tamaño muestral

Para garantizar una estimación esperada del 50% en la respuesta positiva del ítem *Cuidados enfermeros prestados al paciente de una manera integral (biológica, social y psicológica)* tanto en el hospital como en el área, se considera una máxima imprecisión aceptable del 7%, un nivel de confianza del 95%, la población finita de profesionales en cada estrato y un porcentaje esperado de pérdidas del 10%, obteniéndose una muestra mínima necesaria de 157 y 115 entrevistas, respectivamente.

4.3 Análisis estadístico

Tras una exploración inicial de los datos, se describen los mismos. Las variables cuantitativas se expresan con medias y desviaciones típicas, o medianas y percentiles 25 y 75 en caso de distribuciones asimétricas, y las variables cualitativas con porcentajes.

Para explorar las relaciones entre variables cualitativas, se realizan tablas de contingencia y se aplica la prueba Chi-Cuadrado o bien, los métodos no asintóticos de la prueba de Montecarlo y la prueba Exacta. Asimismo, para comparar medias de variables cuantitativas entre dos subgrupos de individuos se utiliza la prueba t de Student para muestras independientes o la prueba U de Mann-Whitney si las distribuciones no son normales. Las diferencias de medias

significativas se cuantifican con intervalos de confianza al 95% y la diferencia entre medianas con intervalos de confianza al 95% de Hodges-Lehman. En el caso de existir más de dos subgrupos de comparación, se aplica el test ANOVA o la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis en caso de no normalidad.

El análisis de los datos se realiza con el programa estadístico IBM SPSS 22.0 para Windows.

5. Recogida de datos

5.1 Selección de los participantes

Para la selección de los participantes se llevó a cabo mediante sistema aleatorio. Para esto se utilizó una tabla aleatoria (Anexo I) de números de dos cifras ya que ninguna Unidad superaba una población de más de dos cifras.

5.2 Modo de recogida

El estudio se desarrolló en el periodo comprendido entre junio de 2014 y enero de 2015. En el Hospital de Valme se repartieron las encuestas a cada enfermero seleccionado explicándole el objetivo de la encuesta, el sistema de respuestas y dándole un margen de dos días por si se plantease alguna duda. Tras 48 horas me reuní con el enfermero y si no tenía ninguna duda y había cumplimentado la encuesta se recogía en una carpeta común para mantener la confidencialidad. En caso de habersele planteado alguna duda se procedía a aclarársela y se recogía la encuesta cuando estaba cumplimentada. Para la recogida de la encuesta se ha contado con la colaboración de dos enfermeras del Hospital, una de Cuidados Críticos y otra del Área Quirúrgica que contribuyeron a la recolección de encuestas en Áreas de volumen mayor de encuestados y de acceso más restringido respectivamente, Estas dos enfermeras recogieron las encuestas en sobres cerrados y luego fueron volcadas a la carpeta común de encuestas.

En el Hospital del Tomillar se procedió con el mismo sistema contando con la colaboración de dos enfermeros una perteneciente al Área de Cuidados Paliativos y uno del Área de Consultas Externas para la recogida de las encuestas cumplimentadas.

En las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria me puse en contacto con los Coordinadores de las 21 unidades. Se les explicó el objetivo del estudio así como de la encuesta y el sistema de respuestas. Cada Coordinador envió el censo de su Centro y se seleccionaron mediante la tabla aleatoria los enfermeros que debían cumplimentar la encuesta. Las encuestas

fueron enviadas a los Centros por correo interno desde el Hospital de Valme, salvo en los Centro de Salud de Montequinto y Olivar de Quintos donde se enviaron por correo electrónico y fueron recogidas personalmente.

El Coordinador de cada centro en la reunión de la mañana explicó a los enfermeros el objetivo de la encuesta, así como del estudio, solicitando la colaboración. Les entregó la encuesta a los enfermeros seleccionados y dejó el margen de 48 horas como en los centros hospitalarios por si aparecía alguna duda. Una vez cumplimentadas las encuestas se enviaron al Hospital de Valme por correo interno salvo las de los dos centros citados.

Durante la recogida de encuestas en Atención Primaria estuve en contacto semanalmente con los Coordinadores por si precisaban aclaración o mi desplazamiento al Centro.

En todos los casos se hizo hincapié en la lectura previa de la hoja informativa que precede a la propia encuesta.

En los Anexos II y III se especifican los porcentajes de participantes tanto por unidad como por Centros de Especializada y Primaria

6. Cuestiones éticas

El estudio se presentó al Comité de Ensayos Clínicos del Área Sur de Sevilla. Tras su valoración fue aprobado por dicho Comité cuyo informe adjunto (Anexo IV)

7. Almacenamiento de datos

Una vez recogidas las encuestas se diseñó una hoja de Access para una mejor gestión de los datos (Anexo V)

Resultados



RESULTADOS

1. Resultado I: descriptivos generales

La muestra del estudio se compone de 294 individuos, de los cuales 208 son mujeres (70,7%) y 86 hombres (29,3%). La edad media es de 49,8 años con una desviación estándar de 7,8 años, y el tiempo de servicio presenta una media de 25,5 años con una desviación estándar de 8,6 años.

Sexo

Tabla 3 : Frecuencias y porcentajes según sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	mujer	208	70,7	70,7	70,7
	hombre	86	29,3	29,3	100,0
	Total	294	100,0	100,0	

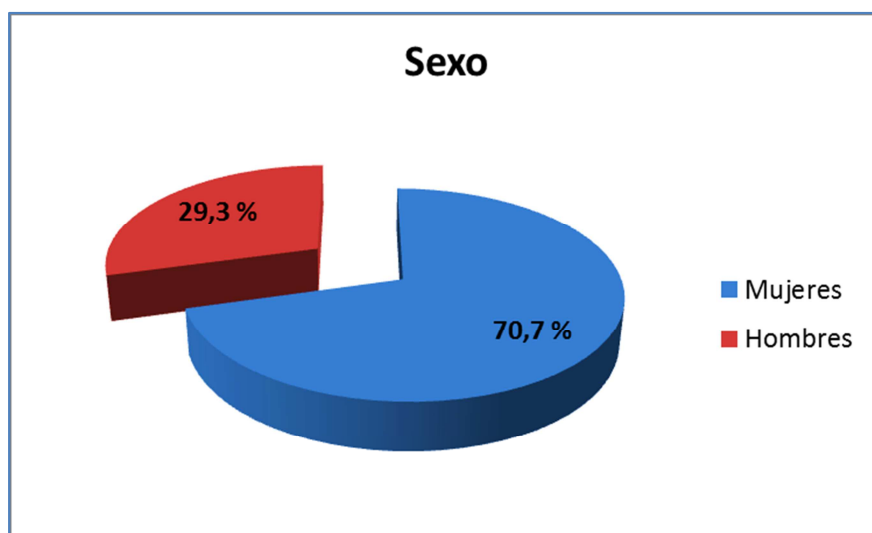


Figura 3: Porcentajes de la población según sexo

El porcentaje según sexo de la población de estudio es mayoritario en el grupo de las mujeres

Centro

Tabla 4 : Frecuencias y porcentajes según Centros

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	H de Valme	147	50,0	50,0	50,0
	H del Tomillar	27	9,2	9,2	59,2
	Centro de Salud	120	40,8	40,8	100,0
	Total	294	100,0	100,0	

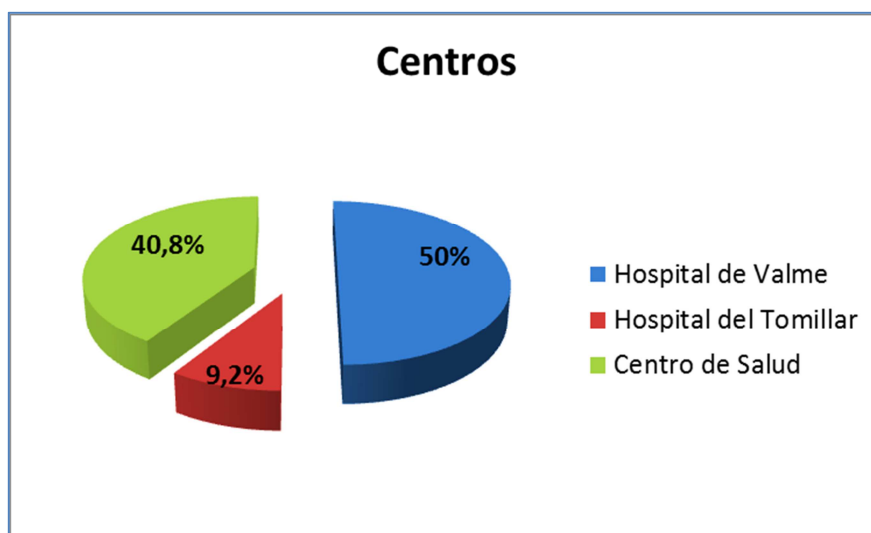


Figura 4: Porcentajes de participación de los Centros

La mayor población de estudio se centra en el Hospital de Valme y los Centros de Salud incluidos pertenecientes a Atención Primaria del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.

Centros especializados/primaria

Tabla 5 : Frecuencias y porcentajes de atención Especializada/ Primaria

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	H de Valme y Tomillar	174	59,2	59,2	59,2
	Centro de Salud	120	40,8	40,8	100,0
	Total	294	100,0	100,0	

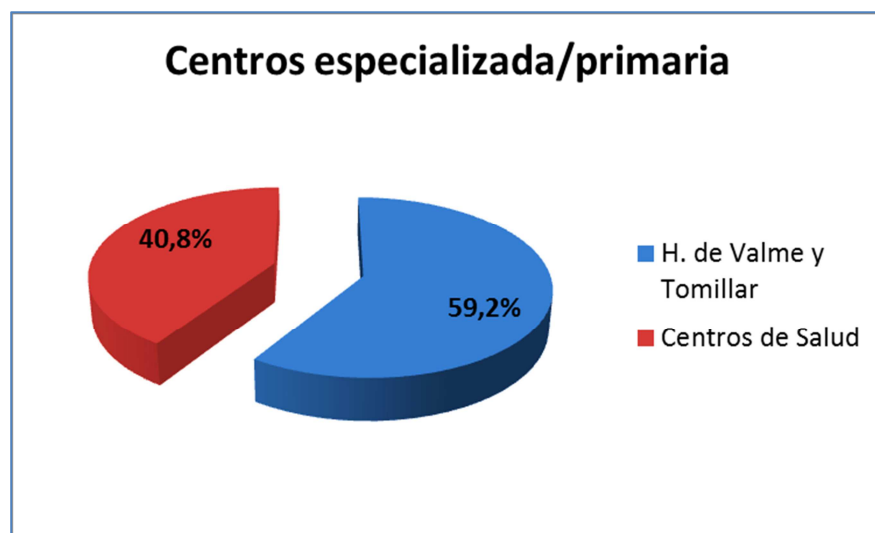


Figura 5: Porcentajes de participación de Especializada y Primaria

El porcentaje de población de Atención Especializada es mayor que el de Atención Primaria, aunque se presenta un grueso de población de Primaria significativo.

Pregunta 1: *¿Cree usted que existe deshumanización en la asistencia sanitaria?*

Tabla 6 : Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 1

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sí	194	66,0	67,6	67,6
	no	93	31,6	32,4	100,0
	Total	287	97,6	100,0	
Perdidos	NS/NC	7	2,4		
Total		294	100,0		

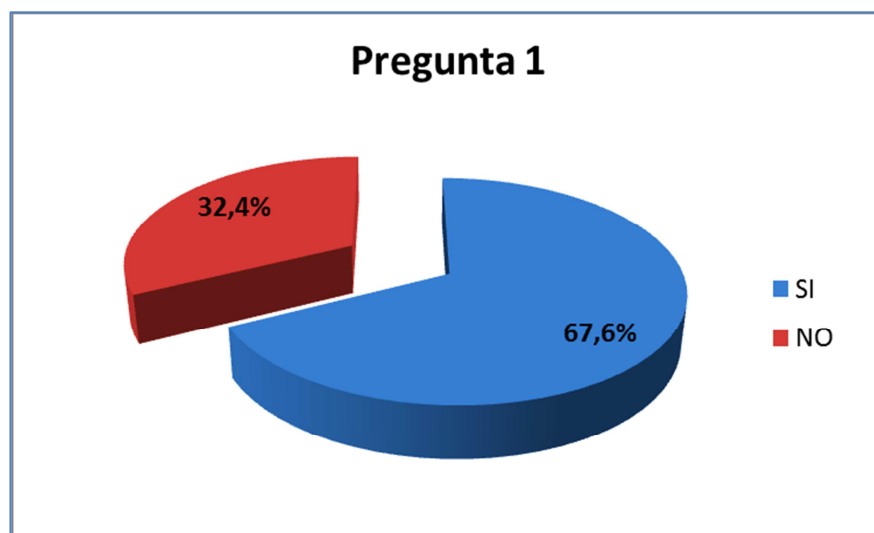


Figura 6: Porcentajes de respuesta a la pregunta 1

De manera mayoritaria los enfermeros creen que existe deshumanización en la asistencia sanitaria.

Pregunta 2: *¿Considera usted que la tecnificación ha sido "divinizada" en la atención al paciente?*

Tabla 7: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sí	189	64,3	73,8	73,8
	no	67	22,8	26,2	100,0
	Total	256	87,1	100,0	
Perdidos	NS/NC	38	12,9		
Total		294	100,0		

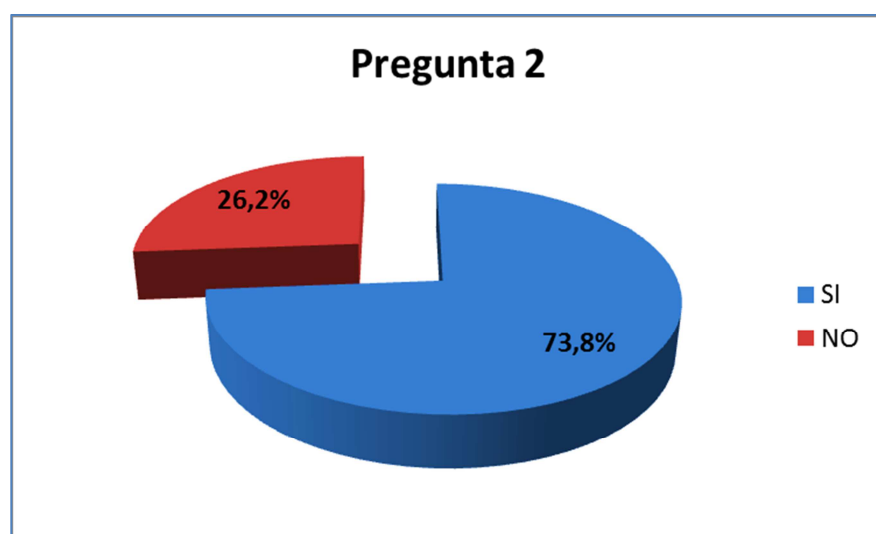


Figura 7: Porcentajes de respuesta a la pregunta 2

La mayoría de los encuestados creen que la tecnología se ha sobredimensionado en su importancia. No obstante señalar que más de un 12% de los encuestados no han respondido a esta pregunta.

Pregunta 3: *¿Cree usted que la burocracia de los centros sanitarios es un motivo de trato deshumanizado al paciente?*

Tabla 8 : Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 3

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sí	219	74,5	76,8	76,8
	no	66	22,4	23,2	100,0
	Total	285	96,9	100,0	
Perdidos	NS/NC	9	3,1		
Total		294	100,0		

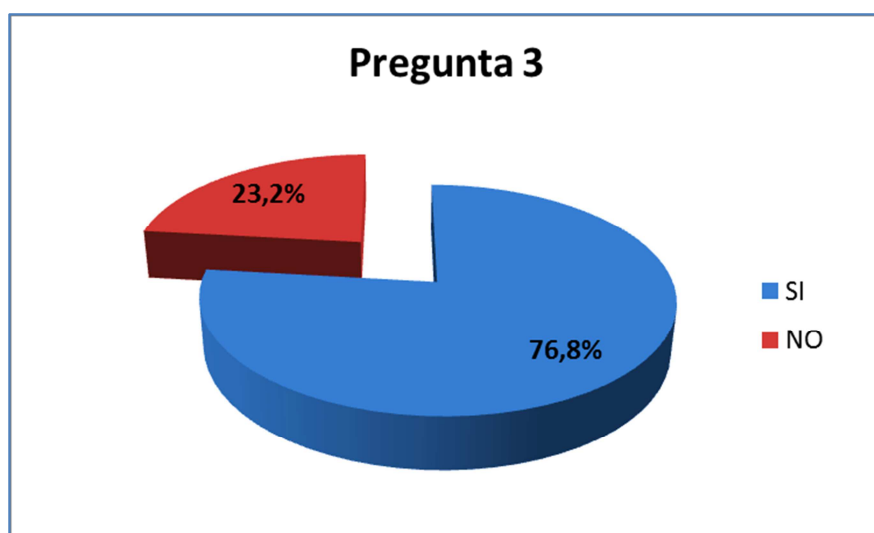


Figura 8: Porcentajes de repuesta a la pregunta 3

Un gran porcentaje de los encuestados cree que la burocracia de los centros sanitarios es un motivo de trato deshumanizado al paciente.

Pregunta 4: *¿Considera que los cuidados enfermeros al paciente se prestan de una forma integral (biológica, social y psicológica)?*

Tabla 9: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 4

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sí	160	54,4	56,5	56,5
	no	123	41,8	43,5	100,0
	Total	283	96,3	100,0	
Perdidos	NS/NC	11	3,7		
Total		294	100,0		

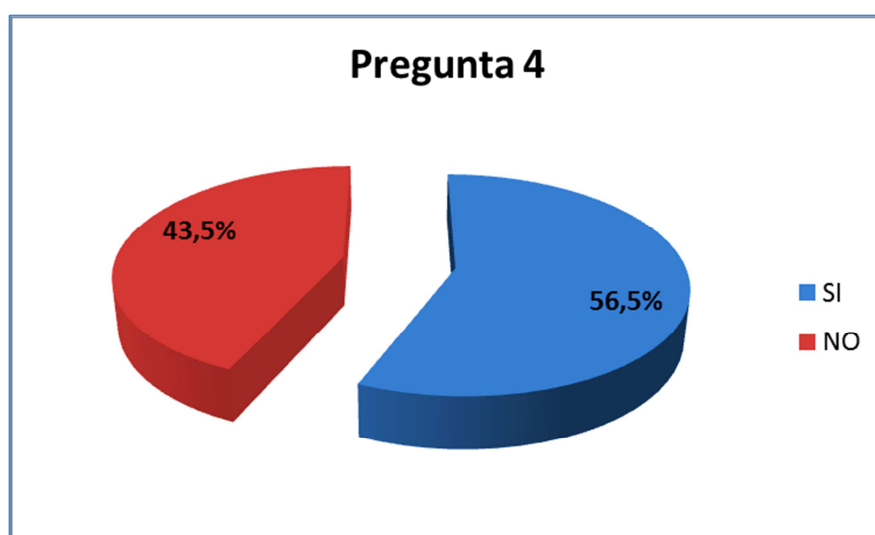


Figura 9: Porcentajes de respuesta a la pregunta 4

Aunque un gran porcentaje de los entrevistados considera que se presta un Cuidado integral al paciente, es importante señalar que más de un 43% cree que no es así.

Pregunta 5: *¿Cree que la prestación de los cuidados que presta la enfermera/ se realiza de manera fragmentada (por aparatos, patologías, etc.)?*

Tabla 10: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 5

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sí	130	44,2	46,4	46,4
	no	150	51,0	53,6	100,0
	Total	280	95,2	100,0	
Perdidos	NS/NC	14	4,8		
Total		294	100,0		

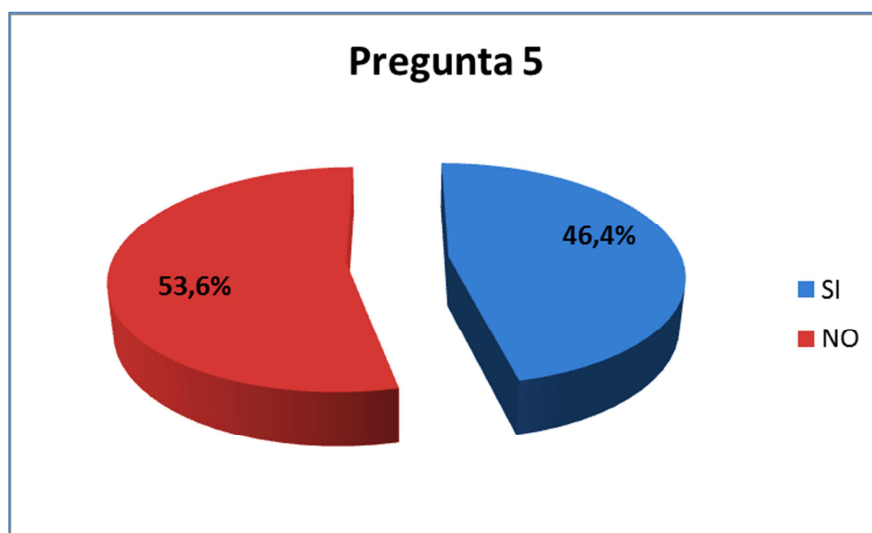


Figura 10: Porcentajes de respuesta a la pregunta 5

Aunque una mayoría de los encuestados cree que los cuidados no se administran de manera fragmentada, sin embargo más de un 46% cree que es así.

Pregunta 6: *¿Cree usted que los problemas entre profesionales (autonomía profesional, conflictos internos, falta de trabajo en grupo etc.) influyen en la atención humanizada a los pacientes?*

Tabla 11: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 6

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sí	246	83,7	86,0	86,0
	no	40	13,6	14,0	100,0
	Total	286	97,3	100,0	
Perdidos	NS/NC	8	2,7		
Total		294	100,0		

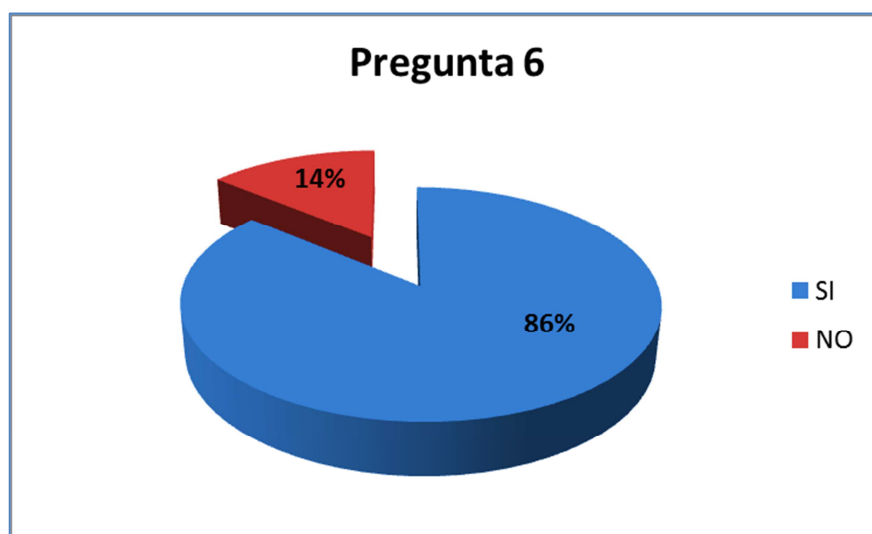


Figura 11: Porcentajes de respuesta a la pregunta 6

Un porcentaje muy mayoritario considera que los conflictos internos entre profesionales influyen en el cuidado humanizado al paciente.

Pregunta 7: *¿Considera que el sistema sanitario está estructurado en base a rentabilidad económica, social o política?*

Tabla 12: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 7

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sí	261	88,8	91,9	91,9
	no	23	7,8	8,1	100,0
	Total	284	96,6	100,0	
Perdidos	NS/NC	10	3,4		
Total		294	100,0		

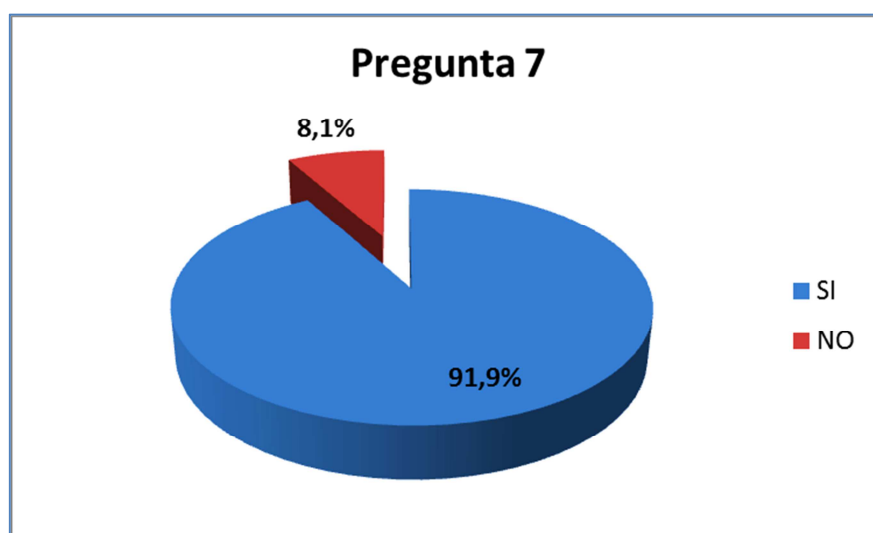


Figura 12: Porcentajes de respuesta a la pregunta 7

Cerca del 92% de los enfermeros encuestados consideran que el sistema sanitario está estructurado en base a rentabilidades bien económicas, sociales o políticas.

Pregunta 8: *¿Cree usted que el trato humanizado al paciente se incluye dentro de los objetivos de la Institución Sanitaria?*

Tabla 13: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 8

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sí	104	35,4	38,2	38,2
	no	168	57,1	61,8	100,0
	Total	272	92,5	100,0	
Perdidos	NS/NC	22	7,5		
Total		294	100,0		

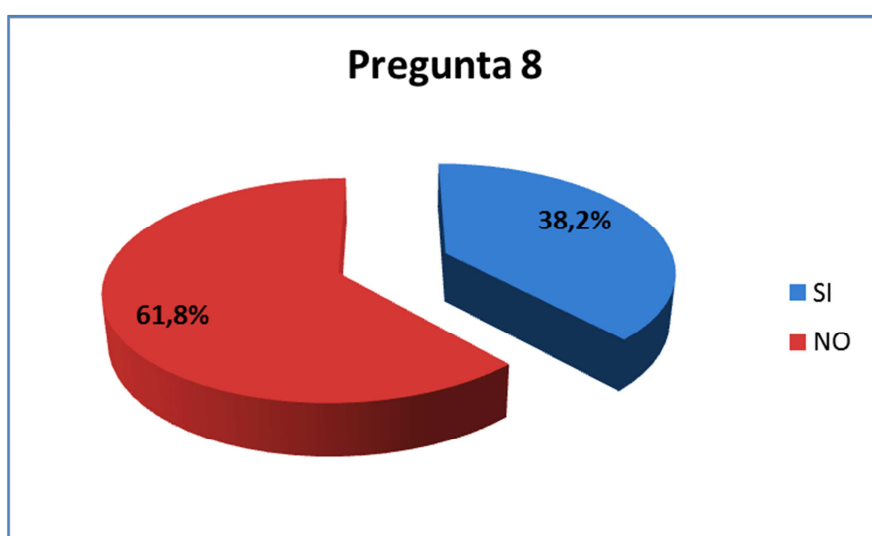


Figura 13: Porcentajes de respuesta a la pregunta 8

Casi un 62% de los enfermeros encuestados consideran que el trato humanizado al paciente no es un objetivo que contemple la Institución Sanitaria a la que pertenecen. Hay que señalar que un 7,5% de los encuestados no contestó, bien porque no conoce los objetivos de la Institución, no sabe si este objetivo está incluido entre los mismos o porque no quiso contestar.

Pregunta 9: *¿Considera usted que la falta de recursos afecta directamente a la humanización de la asistencia sanitaria?*

Tabla 14: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 9

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sí	232	78,9	81,1	81,1
	no	54	18,4	18,9	100,0
	Total	286	97,3	100,0	
Perdidos	NS/NC	8	2,7		
Total		294	100,0		

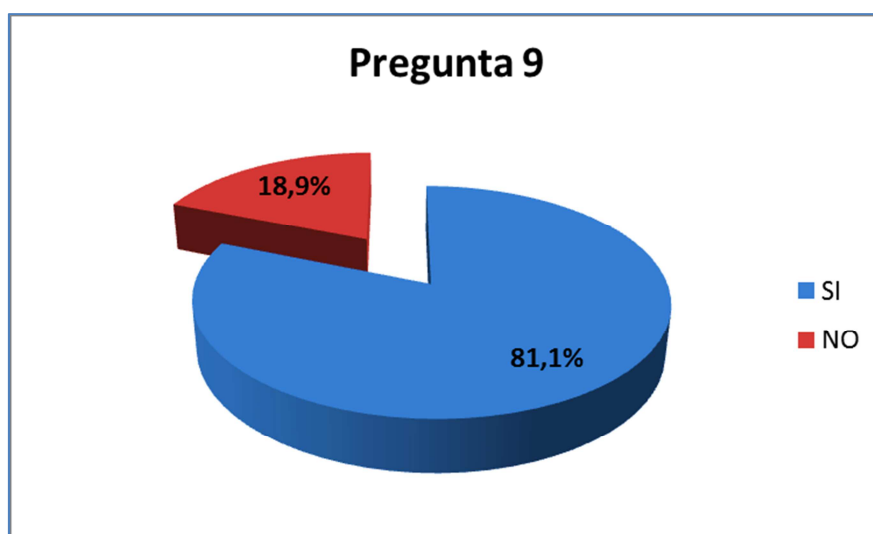


Figura 14: Porcentajes de respuestas a la pregunta 9

Un 81% de los enfermeros encuestados cree que el déficit de recursos afecta a la humanización de la asistencia sanitaria, y además lo hace de forma directa.

Pregunta 10: *¿Qué recursos considera usted más importante para una asistencia humanizada? Por favor ordene de 1 a 3 de mayor a menor importancia*

Tabla 15: Frecuencias y porcentajes de no respuesta a la pregunta 10

		Frecuencia	Porcentaje
Perdidos	NS/NC	7	2,4
	Sistema	287	97,6
	Total	294	100,0

Tabla 15 .a: Frecuencias y porcentajes de respuesta a recursos materiales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	20	6,8	7,0	7,0
	2	51	17,3	17,8	24,7
	3	216	73,5	75,3	100,0
	Total	287	97,6	100,0	
Perdidos	Sistema	7	2,4		
Total		294	100,0		

Tabla 15.b: Frecuencias y porcentajes de respuesta a recursos humanos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	203	69,0	70,7	70,7
	2	57	19,4	19,9	90,6
	3	27	9,2	9,4	100,0
	Total	287	97,6	100,0	
Perdidos	Sistema	7	2,4		
Total		294	100,0		

Tabla 15.c: Frecuencias y porcentajes de respuesta al recurso de tiempo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	64	21,8	22,3	22,3
	2	179	60,9	62,4	84,7
	3	44	15,0	15,3	100,0
	Total	287	97,6	100,0	
Perdidos	Sistema	7	2,4		
Total		294	100,0		



Figura 15.a: Porcentajes de valoración de recursos materiales



Figura 15.b: Porcentajes de valoración de recursos humanos

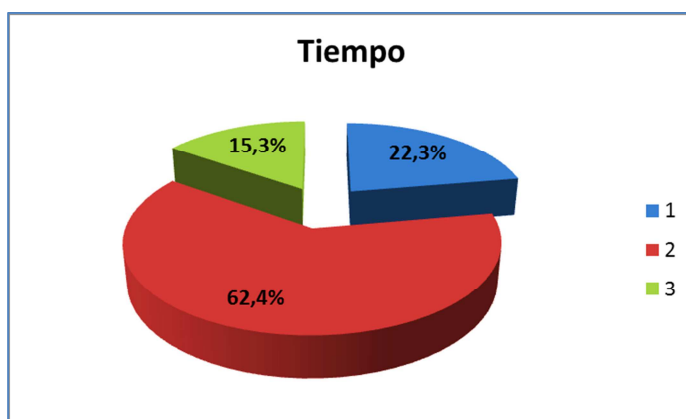


Figura 15.c: Porcentajes de valoración de tiempo

De los enfermeros encuestados, solo un 7% considera que los recursos materiales es el factor más importante como déficit a la hora de influir en la humanización sanitaria. Más del 70% considera que los recursos humanos es el factor cuyo déficit influye más y un 22% piensa que es el tiempo. La mayoría, más de un 75%, opinan que los recursos materiales es el factor-recurso menos importante a la hora de la humanización.

Pregunta 11: *"Estar quemado en el trabajo", ¿influye en el trato humanizado al paciente?*

Tabla 16: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 11

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sí	256	87,1	89,2	89,2
	no	31	10,5	10,8	100,0
	Total	287	97,6	100,0	
Perdidos	NS/NC	7	2,4		
Total		294	100,0		

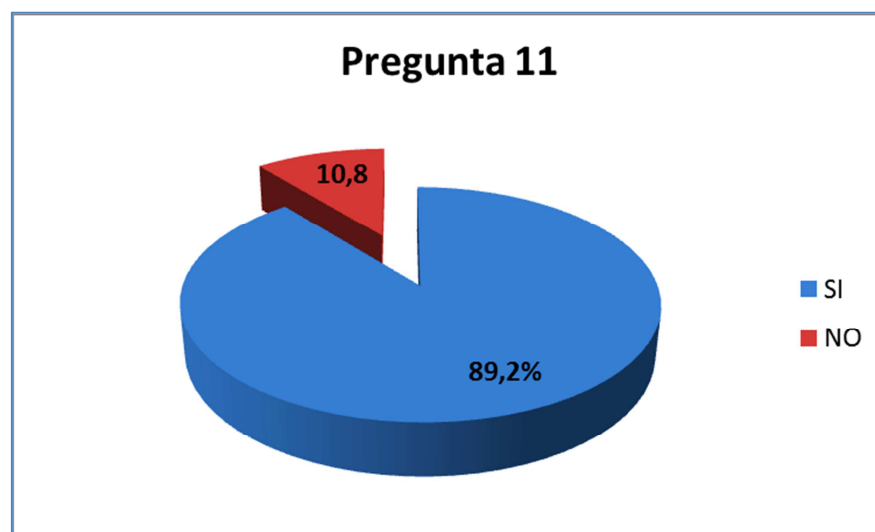


Figura 16: Porcentajes de respuesta a la pregunta 11

Una mayoría porcentual muy importante, casi un 90%, considera que padecer el Síndrome de Burnout influye en el trato humano al paciente.

Pregunta 12: *¿Cree que el paciente es considerado frecuentemente más como un problema que como un sujeto de cuidados?*

Tabla 17: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 12

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	sí	124	42,2	44,8	44,8
	no	153	52,0	55,2	100,0
	Total	277	94,2	100,0	
Perdidos	NS/NC	17	5,8		
Total		294	100,0		

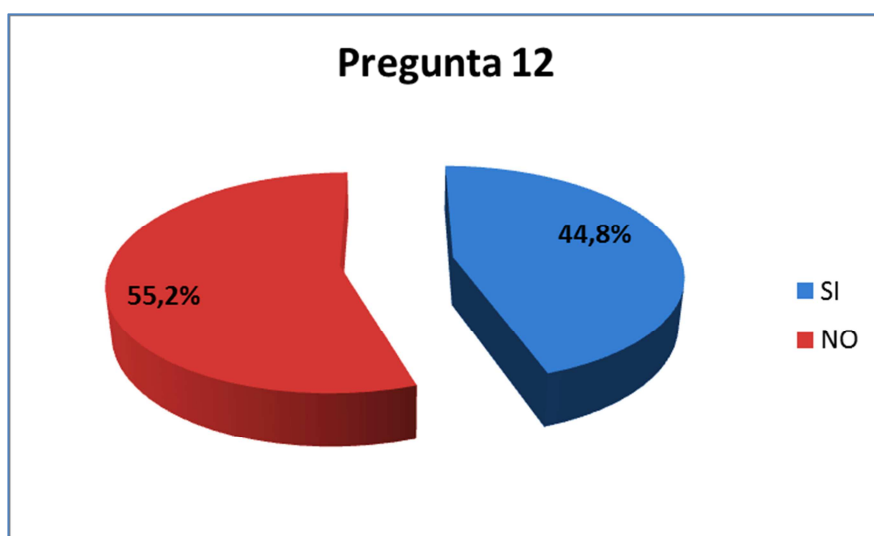


Figura 17: Porcentajes de respuesta a la pregunta 12

Aunque más de la mitad de los encuestados no considera que el paciente pueda ser considerado un problema, es llamativo que más de un 44% sí considera que esta situación acontece frecuentemente.

2. Resultado II: descriptivos por Centros

Los enfermeros encuestados presentan una edad media de 49,8 años en el Hospital de Valme, 47,6 en el Hospital del Tomillar y 50,4 en Atención Primaria, con una desviación estándar de 7,9, 7 y 7,8 respectivamente. Asimismo el tiempo de servicio medio por centro es de 25,8 años en el Hospital de Valme, 23,2 en el Hospital del Tomillar y de 25,8 en Atención Primaria con unas desviaciones estándar de 8,8, 8 y 9 respectivamente. En cuanto al sexo los porcentajes mayoritarios es ser mujer en todos los centros siendo menor la diferencia en Atención Primaria.

Sexo

Tabla 18 : Frecuencias y porcentajes sexo según Centro

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	mujer	115	78,2	78,2	78,2
		hombre	32	21,8	21,8	100,0
		Total	147	100,0	100,0	
H del Tomillar	Válido	mujer	22	81,5	81,5	81,5
		hombre	5	18,5	18,5	100,0
		Total	27	100,0	100,0	
Centro de Salud	Válido	mujer	71	59,2	59,2	59,2
		hombre	49	40,8	40,8	100,0
		Total	120	100,0	100,0	

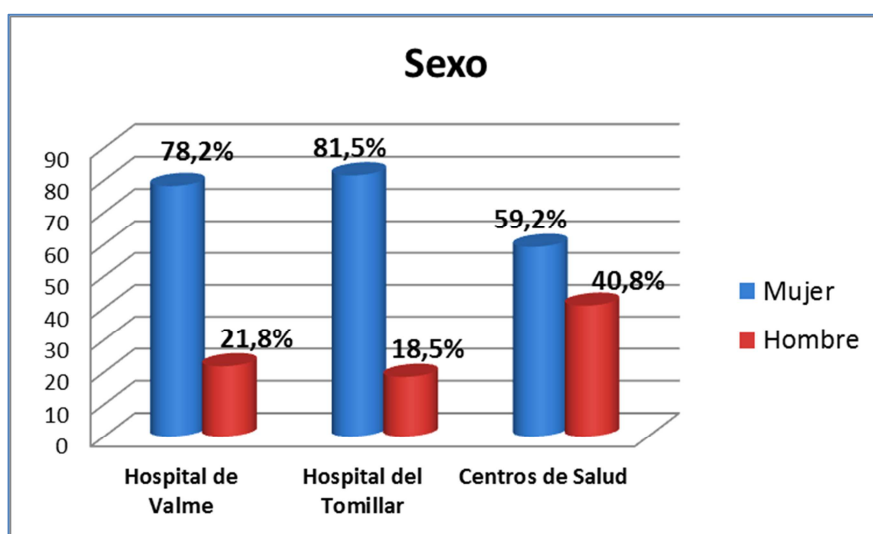


Figura 18: Porcentajes de sexo por Centro

Pregunta 1: ¿Cree usted que existe deshumanización en la asistencia sanitaria?

Tabla 19 : Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 1 por Centro

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	sí	115	78,2	79,3	79,3
		no	30	20,4	20,7	100,0
		Total	145	98,6	100,0	
	Perdidos	NS/NC	2	1,4		
	Total		147	100,0		
H del Tomillar	Válido	sí	16	59,3	59,3	59,3
		no	11	40,7	40,7	100,0
		Total	27	100,0	100,0	
Centro de Salud	Válido	sí	63	52,5	54,8	54,8
		no	52	43,3	45,2	100,0
		Total	115	95,8	100,0	
	Perdidos	NS/NC	5	4,2		
	Total		120	100,0		

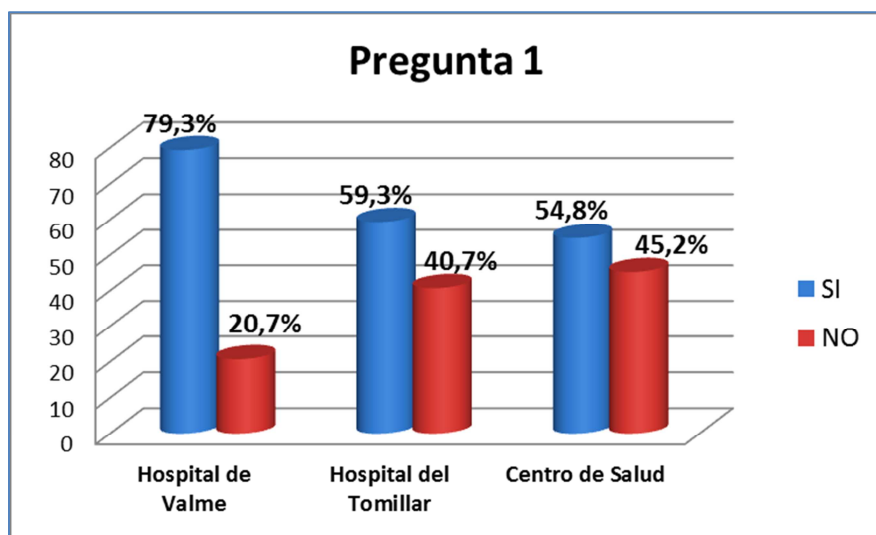


Figura 19: Porcentajes de respuesta a la pregunta 1 por Centro

Aunque en los tres centros los porcentajes que contestaron sí son mayoritarios, en el Hospital de Valme se supera en respuesta positiva al menos en un 20% con respecto a los otros centros.

Pregunta 2: *¿Considera usted que la tecnificación ha sido "divinizada" en la atención al paciente?*

Tabla 20 : Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 2 por Centro

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	sí	103	70,1	79,2	79,2
		no	27	18,4	20,8	100,0
		Total	130	88,4	100,0	
	Perdidos	NS/NC	17	11,6		
	Total		147	100,0		
H del Tomillar	Válido	sí	15	55,6	68,2	68,2
		no	7	25,9	31,8	100,0
		Total	22	81,5	100,0	
	Perdidos	NS/NC	5	18,5		
	Total		27	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	71	59,2	68,3	68,3
		no	33	27,5	31,7	100,0
		Total	104	86,7	100,0	
	Perdidos	NS/NC	16	13,3		
	Total		120	100,0		

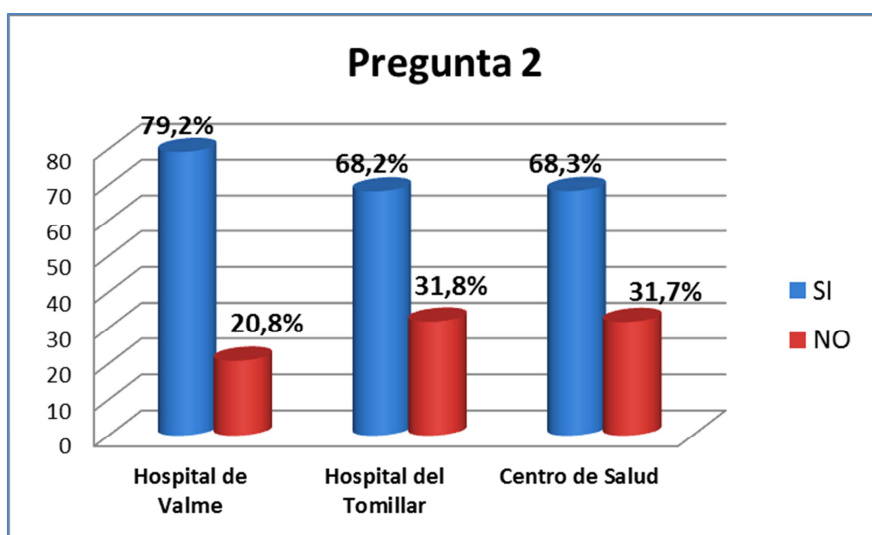


Figura 20: Porcentajes de respuesta a la pregunta 2 por Centro

Aunque en todos los centros el porcentaje de respuesta positiva es mayor, en el Hospital del Tomillar y Centros de Salud es más de un 10% inferior al Hospital de Valme. El porcentaje mayor de No sabe/No contesta ha sido en el Hospital del Tomillar.

Pregunta 3: *¿Cree usted que la burocracia de los centros sanitarios es un motivo de trato deshumanizado al paciente?*

Tabla 21 : Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 3 por Centro

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	sí	118	80,3	81,9	81,9
		no	26	17,7	18,1	100,0
		Total	144	98,0	100,0	
	Perdidos	NS/NC	3	2,0		
	Total		147	100,0		
H del Tomillar	Válido	sí	21	77,8	80,8	80,8
		no	5	18,5	19,2	100,0
		Total	26	96,3	100,0	
	Perdidos	NS/NC	1	3,7		
	Total		27	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	80	66,7	69,6	69,6
		no	35	29,2	30,4	100,0
		Total	115	95,8	100,0	
	Perdidos	NS/NC	5	4,2		
	Total		120	100,0		

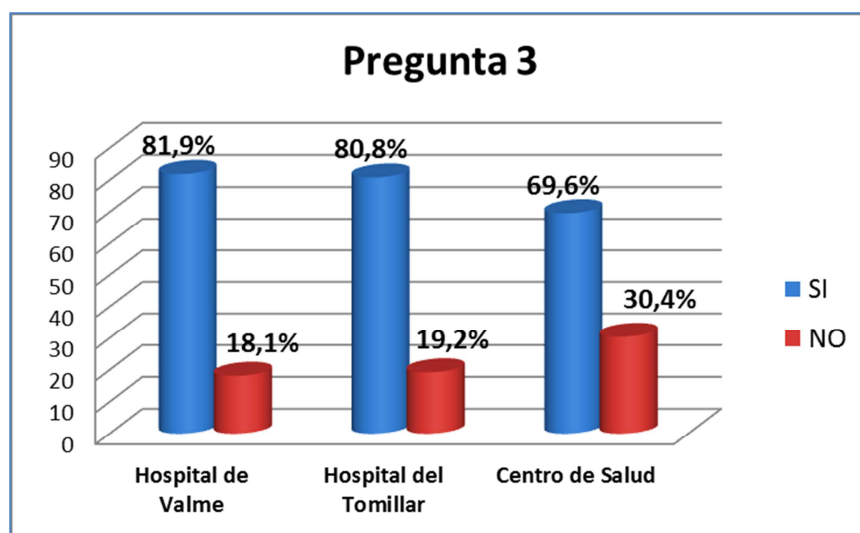


Figura 21: Porcentajes de respuesta a la pregunta 3 por Centro

Los porcentajes de respuesta positiva son similares en los centros hospitalarios y más de un 10% sobre Atención Primaria

Pregunta 4: *¿Considera que los cuidados enfermeros al paciente se prestan de una forma integral (biológica, social y psicológica)*

Tabla 22: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 4 por Centro

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	sí	64	43,5	45,4	45,4
		no	77	52,4	54,6	100,0
		Total	141	95,9	100,0	
	Perdidos	NS/NC	6	4,1		
	Total		147	100,0		
H del Tomillar	Válido	sí	17	63,0	65,4	65,4
		no	9	33,3	34,6	100,0
		Total	26	96,3	100,0	
	Perdidos	NS/NC	1	3,7		
	Total		27	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	79	65,8	68,1	68,1
		no	37	30,8	31,9	100,0
		Total	116	96,7	100,0	
	Perdidos	NS/NC	4	3,3		
	Total		120	100,0		

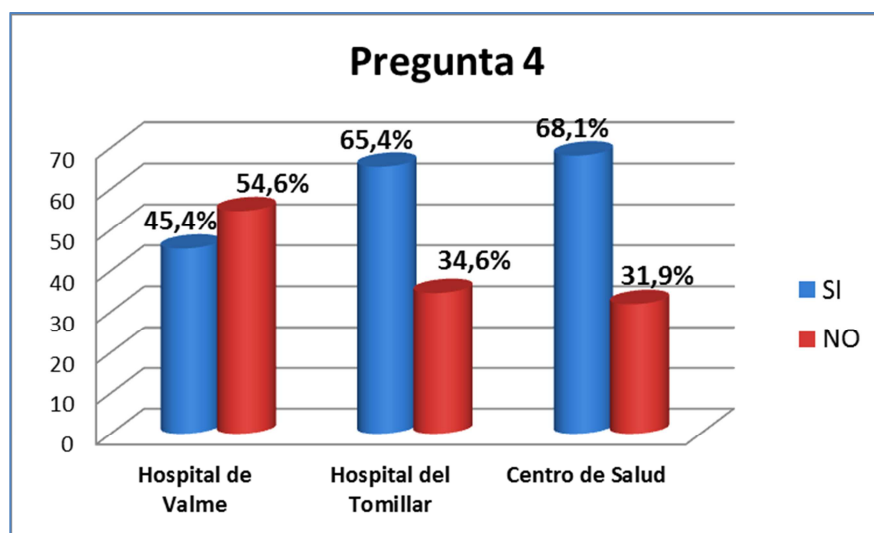


Figura 22: Porcentajes de respuesta a la pregunta 4 por Centro

Existe una diferencia importante de más de un 20% de respuestas positivas al Cuidado integral entre el Hospital del Valme y el Hospital del Tomillar/Atención Primaria

Pregunta 5: *¿Cree que la prestación de los cuidados que presta la enfermera/o se realiza de manera fragmentada (por aparatos, patologías, etc.)?*

Tabla 23: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 5 por Centro

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	sí	78	53,1	56,1	56,1
		no	61	41,5	43,9	100,0
		Total	139	94,6	100,0	
	Perdidos	NS/NC	8	5,4		
	Total		147	100,0		
H del Tomillar	Válido	sí	14	51,9	53,8	53,8
		no	12	44,4	46,2	100,0
		Total	26	96,3	100,0	
	Perdidos	NS/NC	1	3,7		
	Total		27	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	38	31,7	33,0	33,0
		no	77	64,2	67,0	100,0
		Total	115	95,8	100,0	
	Perdidos	NS/NC	5	4,2		
	Total		120	100,0		

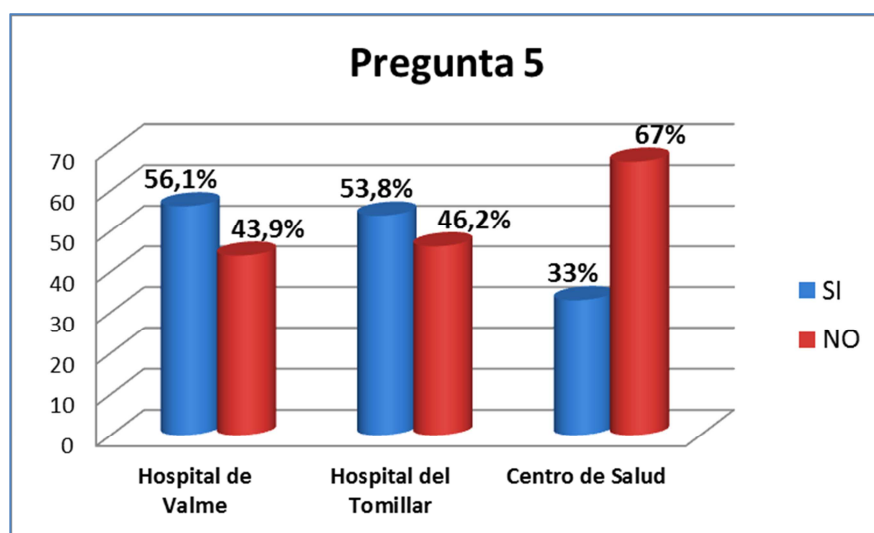


Figura 23: Porcentajes de respuesta a la pregunta 5 por Centro

En los hospitales existe un porcentaje mayoritario que considera que se fragmenta la atención al paciente, sin embargo en Atención Primaria la respuesta mayoritaria es negativa diferenciándose en más de un 20% los que opinan que es así.

Pregunta 6: *¿Cree usted que los problemas entre profesionales (autonomía profesional, conflictos internos, falta de trabajo en grupo etc.) influyen en la atención humanizada a los pacientes?*

Tabla 24: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 6 por Centro

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	sí	127	86,4	87,6	87,6
		no	18	12,2	12,4	100,0
		Total	145	98,6	100,0	
	Perdidos	NS/NC	2	1,4		
	Total		147	100,0		
H del Tomillar	Válido	sí	23	85,2	88,5	88,5
		no	3	11,1	11,5	100,0
		Total	26	96,3	100,0	
	Perdidos	NS/NC	1	3,7		
	Total		27	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	96	80,0	83,5	83,5
		no	19	15,8	16,5	100,0
		Total	115	95,8	100,0	
	Perdidos	NS/NC	5	4,2		
	Total		120	100,0		

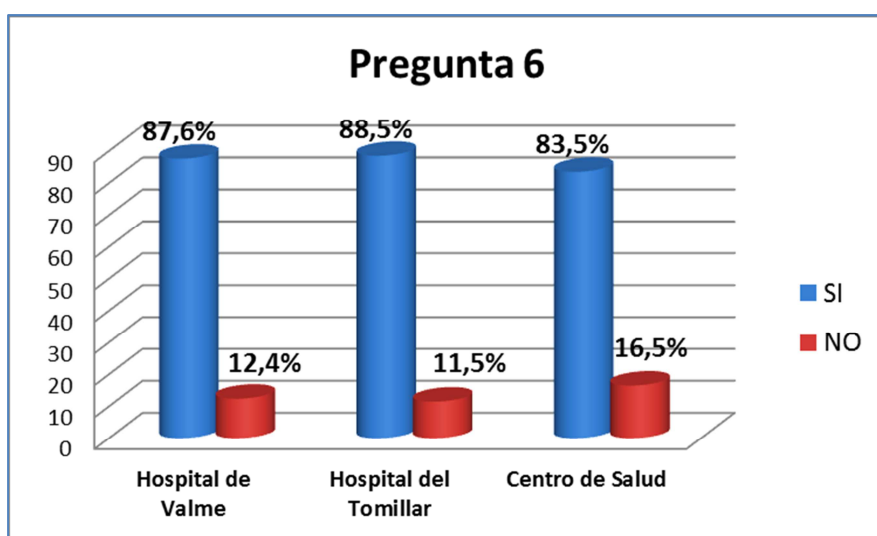


Figura 24: Porcentajes de respuesta a la pregunta 6 por Centro

La respuesta positiva es mayoritaria en todos los centros

Pregunta 7: *¿Considera que el Sistema Sanitario está estructurado en base a rentabilidad económica, social o política?*

Tabla 25: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 7 por Centro

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	sí	135	91,8	93,1	93,1
		no	10	6,8	6,9	100,0
		Total	145	98,6	100,0	
	Perdidos	NS/NC	2	1,4		
	Total		147	100,0		
H del Tomillar	Válido	sí	22	81,5	88,0	88,0
		no	3	11,1	12,0	100,0
		Total	25	92,6	100,0	
	Perdidos	NS/NC	2	7,4		
	Total		27	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	104	86,7	91,2	91,2
		no	10	8,3	8,8	100,0
		Total	114	95,0	100,0	
	Perdidos	NS/NC	6	5,0		
	Total		120	100,0		

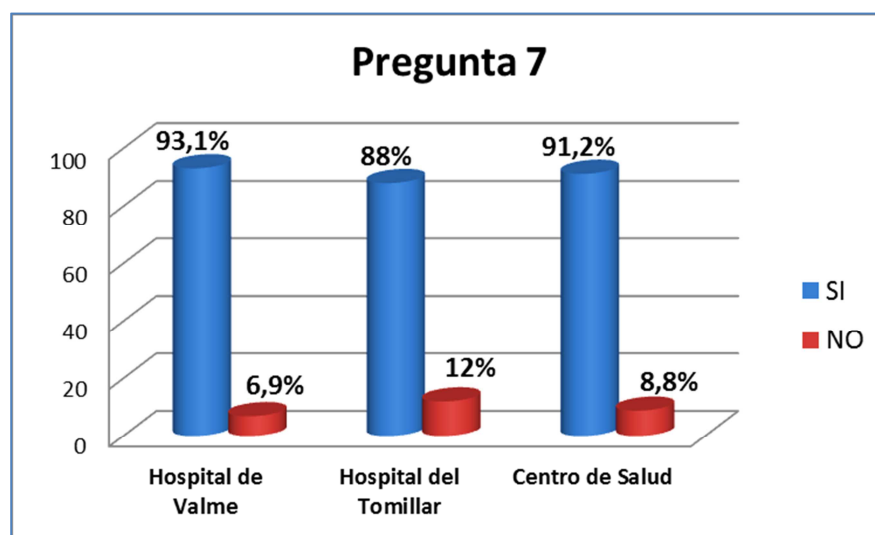


Figura 25: Porcentajes de respuesta a la pregunta 7 por Centro

Los encuestados han contestado mayoritariamente de forma positiva a la pregunta habiendo solo un 5% de diferencia entre un centro y otro. No obstante el porcentaje de No sabe/No contesta es bastante más elevado en el Hospital del Tomillar que en los otros centros en especial respecto al Hospital del Valme.

Pregunta 8: *¿Cree usted que el trato humanizado al paciente se incluye dentro de los objetivos de la Institución Sanitaria?*

Tabla 26: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 8 por Centro

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	sí	46	31,3	33,8	33,8
		no	90	61,2	66,2	100,0
		Total	136	92,5	100,0	
	Perdidos	NS/NC	11	7,5		
	Total		147	100,0		
H del Tomillar	Válido	sí	10	37,0	43,5	43,5
		no	13	48,1	56,5	100,0
		Total	23	85,2	100,0	
	Perdidos	NS/NC	4	14,8		
	Total		27	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	48	40,0	42,5	42,5
		no	65	54,2	57,5	100,0
		Total	113	94,2	100,0	
	Perdidos	NS/NC	7	5,8		
	Total		120	100,0		

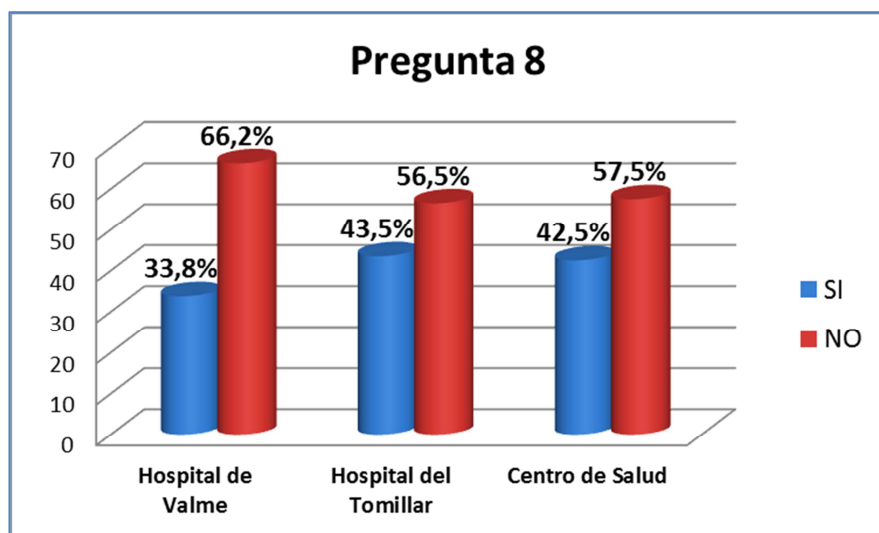


Figura 26: Porcentajes de respuesta a la pregunta 8 por Centro

En todos los centros los porcentajes mayoritarios son de los que creen que el trato humanizado no está incluido dentro de los objetivos. Existe una diferencia porcentual sobre todo entre ambos hospitales, presentando de nuevo el Hospital del Tomillar mayor porcentaje de no respuesta.

Pregunta 9: *¿Considera usted que la falta de recursos afecta directamente a la humanización de la asistencia sanitaria?*

Tabla 27: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 9 por Centro

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	sí	114	77,6	79,7	79,7
		no	29	19,7	20,3	100,0
		Total	143	97,3	100,0	
	Perdidos	NS/NC	4	2,7		
	Total		147	100,0		
H del Tomillar	Válido	sí	20	74,1	80,0	80,0
		no	5	18,5	20,0	100,0
		Total	25	92,6	100,0	
	Perdidos	NS/NC	2	7,4		
	Total		27	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	98	81,7	83,1	83,1
		no	20	16,7	16,9	100,0
		Total	118	98,3	100,0	
	Perdidos	NS/NC	2	1,7		
	Total		120	100,0		

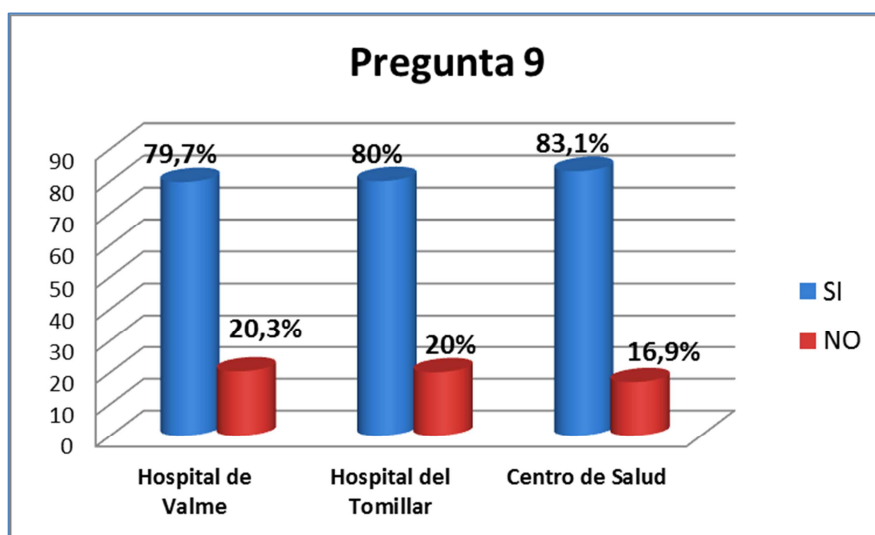


Figura 27: Porcentajes de respuesta a la pregunta 9 por Centro

Un porcentaje muy significativo de todos los encuestados considera que la falta de recursos afecta directamente al trato humanizado del paciente.

Pregunta 10: *¿Qué recursos considera usted más importante para una asistencia humanizada? Por favor ordene de 1 a 3 de mayor a menor importancia*

Tabla 28: Frecuencias y porcentajes de respuesta y no respuesta a la pregunta 10

Centro			Frecuencia	Porcentaje
H de Valme	Perdidos	Sistema	147	100,0
H del Tomillar	Perdidos	Sistema	26	96,3
		NS/NC	1	3,7
		Total	27	100,0
Centro de Salud	Perdidos	Sistema	114	95,0
		NS/NC	6	5,0
		Total	120	100,0

Tabla 28.a: Frecuencias y porcentajes de respuestas a recursos materiales

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	1	10	6,8	6,8	6,8
		2	25	17,0	17,0	23,8
		3	112	76,2	76,2	100,0
		Total	147	100,0	100,0	
H del Tomillar	Válido	1	2	7,4	7,7	7,7
		2	6	22,2	23,1	30,8
		3	18	66,7	69,2	100,0
		Total	26	96,3	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	3,7		
	Total		27	100,0		
Centro de Salud	Válido	1	8	6,7	7,0	7,0
		2	20	16,7	17,5	24,6
		3	86	71,7	75,4	100,0
		Total	114	95,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	5,0		
	Total		120	100,0		

Tabla 28.b: Frecuencias y porcentajes de respuesta a recursos humanos

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	1	102	69,4	69,4	69,4
		2	29	19,7	19,7	89,1
		3	16	10,9	10,9	100,0
		Total	147	100,0	100,0	
H del Tomillar	Válido	1	19	70,4	73,1	73,1
		2	4	14,8	15,4	88,5
		3	3	11,1	11,5	100,0
		Total	26	96,3	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	3,7		
	Total		27	100,0		
Centro de Salud	Válido	1	82	68,3	71,9	71,9
		2	24	20,0	21,1	93,0
		3	8	6,7	7,0	100,0
		Total	114	95,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	5,0		
	Total		120	100,0		

Tabla 28.c: Frecuencias y porcentajes de respuesta a recurso tiempo

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	1	35	23,8	23,8	23,8
		2	93	63,3	63,3	87,1
		3	19	12,9	12,9	100,0
		Total	147	100,0	100,0	
H del Tomillar	Válido	1	5	18,5	19,2	19,2
		2	16	59,3	61,5	80,8
		3	5	18,5	19,2	100,0
		Total	26	96,3	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	3,7		
	Total		27	100,0		
Centro de Salud	Válido	1	24	20,0	21,1	21,1
		2	70	58,3	61,4	82,5
		3	20	16,7	17,5	100,0
		Total	114	95,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	5,0		
	Total		120	100,0		

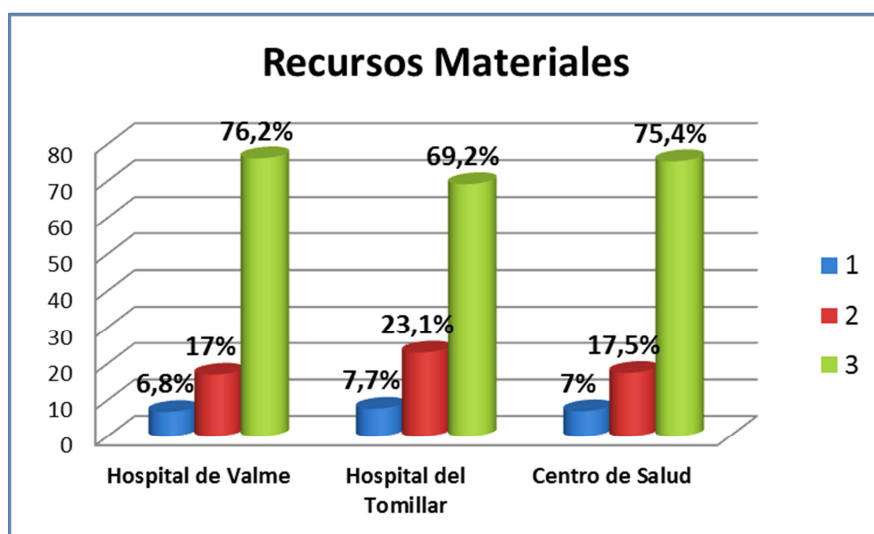


Figura 28.a: Porcentajes de valoración de recursos materiales por Centro

Los encuestados de los distintos centros sanitarios creen que el déficit de recursos materiales está en último lugar en cuanto a su influencia en el Cuidado humanizado. Asimismo coinciden en señalarlo en el menor porcentaje como recurso esencial en relación al Cuidado humanizado.

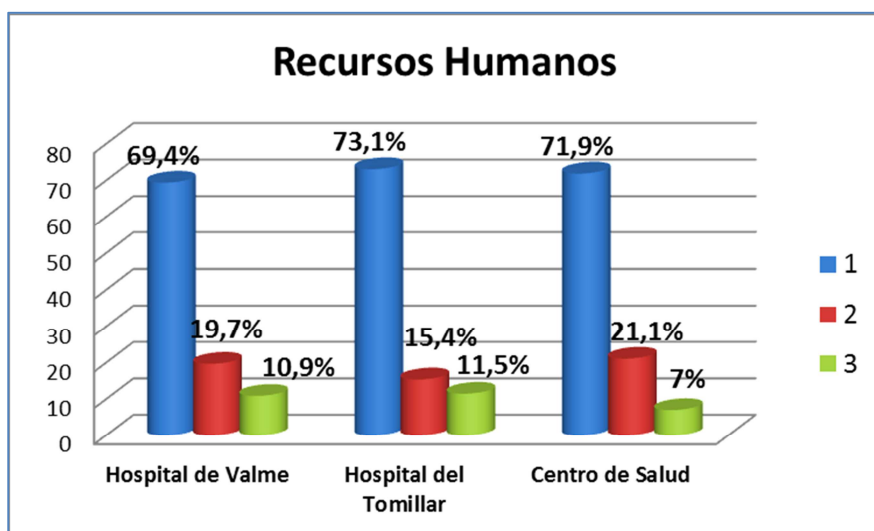


Figura 28.b: Porcentajes de valoración de recursos humanos por Centro

Un porcentaje muy mayoritario de todos los encuestados independiente del centro al que pertenecen, considera que el déficit de recursos humanos es el factor que más influye con respecto al Cuidado humanizado. La máxima diferencia porcentual de un centro a otro no excede el 4%.

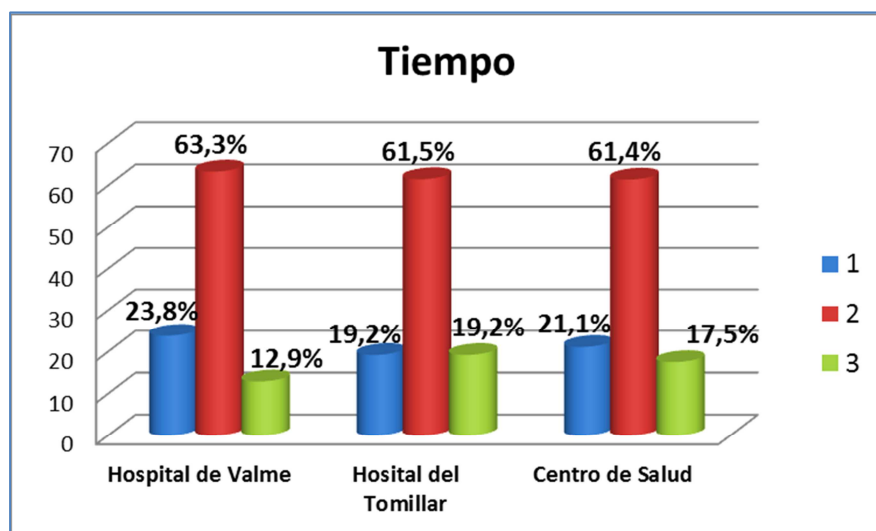
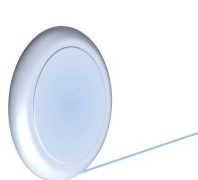


Figura 28.c: Porcentajes de valoración de recursos humanos por Centro

La mayoría de los encuestados independiente del centro de trabajo, consideran que el tiempo es el segundo factor del déficit de recursos en cuanto a su influencia en el Cuidado humanizado.

Pregunta 11: *"Estar quemado en el trabajo", ¿influye en el trato humanizado al paciente?*

Tabla 29: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 11 por Centro.

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	sí	129	87,8	88,4	88,4
		no	17	11,6	11,6	100,0
		Total	146	99,3	100,0	
	Perdidos	NS/NC	1	,7		
	Total		147	100,0		
H del Tomillar	Válido	sí	21	77,8	91,3	91,3
		no	2	7,4	8,7	100,0
		Total	23	85,2	100,0	
	Perdidos	NS/NC	4	14,8		
	Total		27	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	106	88,3	89,8	89,8
		no	12	10,0	10,2	100,0
		Total	118	98,3	100,0	
	Perdidos	NS/NC	2	1,7		
	Total		120	100,0		

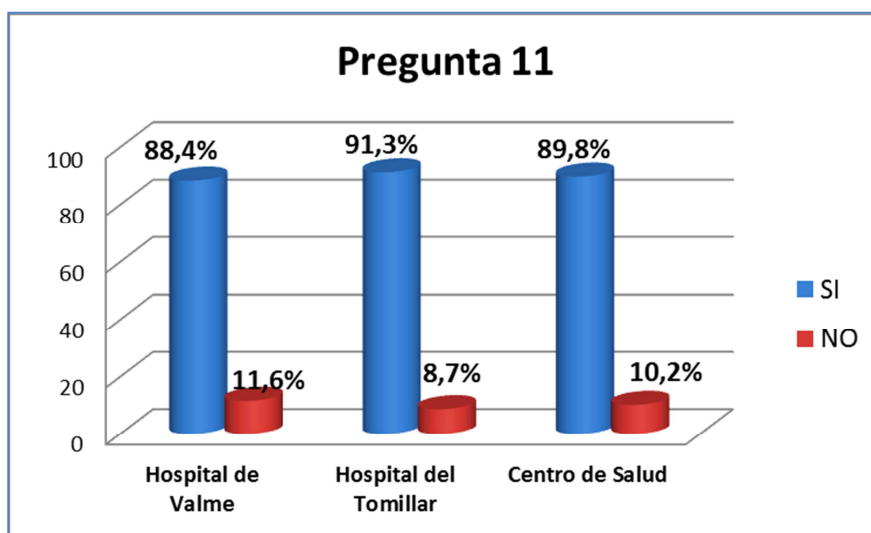


Figura 29: Porcentajes de respuesta a la pregunta 11 por Centro

Los encuestados de los distintos centros consideran que existe una relación entre padecer el síndrome de Burnout y el trato humanizado al paciente.

Pregunta 12: *¿Cree que el paciente es considerado frecuentemente más como un problema que como un sujeto de cuidados?*

Tabla 30: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 12 por Centro

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	sí	65	44,2	46,1	46,1
		no	76	51,7	53,9	100,0
		Total	141	95,9	100,0	
	Perdidos	NS/NC	6	4,1		
	Total		147	100,0		
H del Tomillar	Válido	sí	7	25,9	28,0	28,0
		no	18	66,7	72,0	100,0
		Total	25	92,6	100,0	
	Perdidos	NS/NC	2	7,4		
	Total		27	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	52	43,3	46,8	46,8
		no	59	49,2	53,2	100,0
		Total	111	92,5	100,0	
	Perdidos	NS/NC	9	7,5		
	Total		120	100,0		

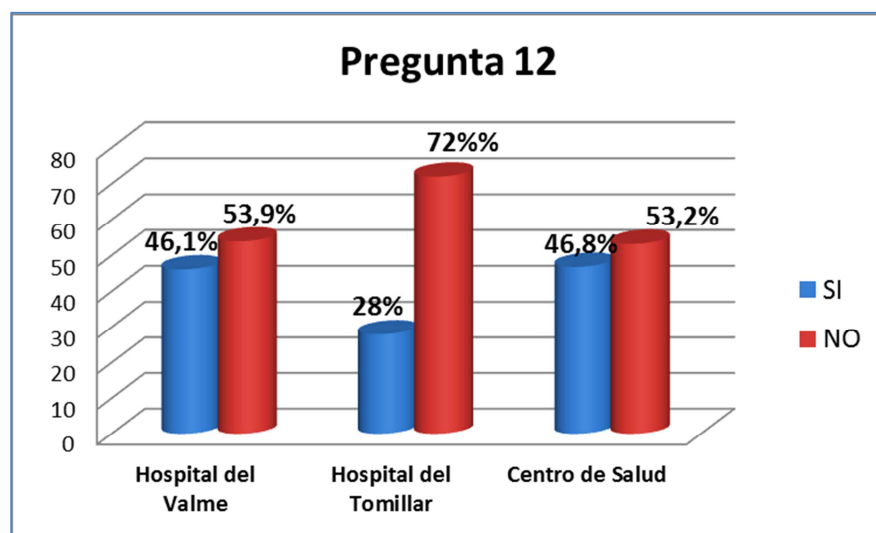


Figura 30: Porcentajes de respuesta a la pregunta 12 por Centro

Aunque hay un mayor porcentaje en todos los centros de respuestas negativas a considerar al paciente un “problema”, existe un porcentaje importante de enfermeros que lo consideran con frecuencia un “problema”. Es llamativo como este porcentaje es mucho menor en el hospital del Tomillar que en el de Valme o en Atención primaria.

3. Resultado III: descriptivos Atención Especializada/Atención Primaria

Los enfermeros encuestados de Atención Especializada presentan una edad media de 49,4 años siendo en Atención Primaria de 50,4 años con una desviación estándar en ambos casos de 7,8 años. El tiempo de servicio de Atención Especializada presenta una media de 25,4 años con una desviación estándar de 8,3, siendo en Atención Primaria de 25,8 con una desviación estándar de 9 años.

Sexo

Tabla 31: Frecuencias y porcentajes sexo Atención Especializada-Primaria

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	mujer	137	78,7	78,7	78,7
		hombre	37	21,3	21,3	100,0
		Total	174	100,0	100,0	
Centro de Salud	Válido	mujer	71	59,2	59,2	59,2
		hombre	49	40,8	40,8	100,0
		Total	120	100,0	100,0	

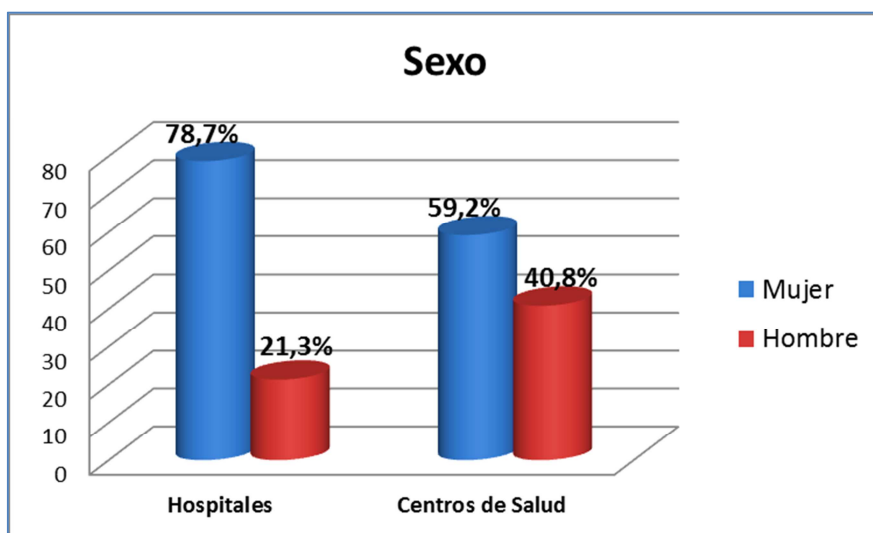


Figura 31: Porcentajes de sexo Especializada/Primaria

Aunque tanto en Atención Primaria como en Especializada el porcentaje mayoritario corresponde a mujeres, en Centros de Salud se acerca porcentualmente más a la paridad.

Pregunta 1: *¿Cree usted que existe deshumanización en la asistencia sanitaria?*

Tabla 32: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 1 Especializada-Primaria

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	sí	131	75,3	76,2	76,2
		no	41	23,6	23,8	100,0
		Total	172	98,9	100,0	
	Perdidos	NS/NC	2	1,1		
	Total		174	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	63	52,5	54,8	54,8
		no	52	43,3	45,2	100,0
		Total	115	95,8	100,0	
	Perdidos	NS/NC	5	4,2		
	Total		120	100,0		

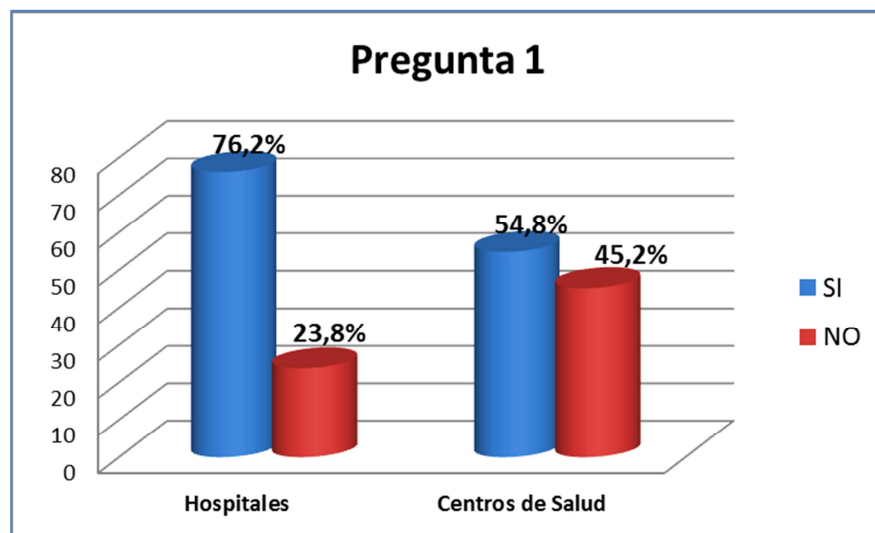


Figura 32: Porcentajes de respuesta a la pregunta 1 Especializada/Primaria

En ambos sectores la respuesta mayoritaria ha sido positiva, sin embargo en Atención Especializada el porcentaje que considera que existe deshumanización en la asistencia sanitaria es más de un 20% superior al de Primaria.

Pregunta 2: *¿Considera usted que la tecnificación ha sido "divinizada" en la atención al paciente?*

Tabla 33: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 2 Especializada-Primaria

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	sí	118	67,8	77,6	77,6
		no	34	19,5	22,4	100,0
		Total	152	87,4	100,0	
	Perdidos	NS/NC	22	12,6		
	Total		174	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	71	59,2	68,3	68,3
		no	33	27,5	31,7	100,0
		Total	104	86,7	100,0	
	Perdidos	NS/NC	16	13,3		
	Total		120	100,0		

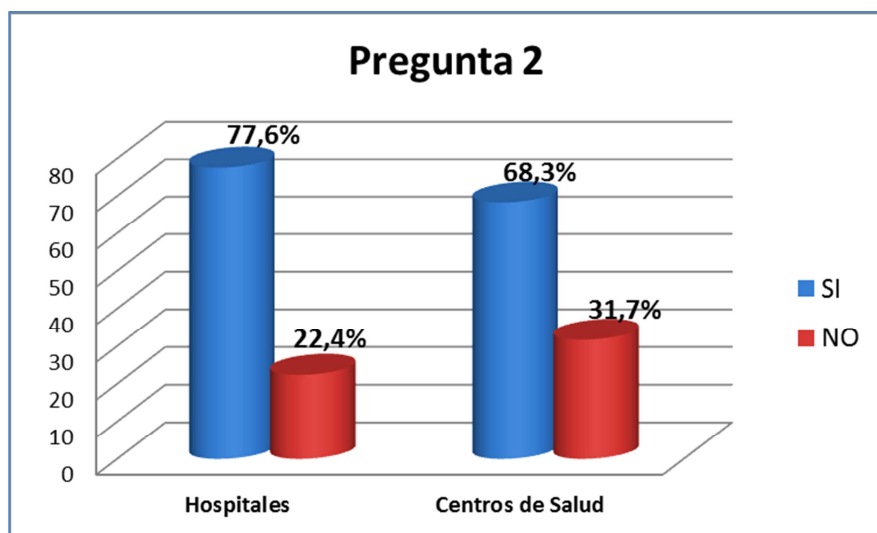


Figura 33: Porcentajes de respuesta a la pregunta 2 Especializada/Primaria

En ambas Áreas la respuesta mayoritaria ha sido positiva, pero en los hospitales quizás por un entorno más tecnológico es mayor la valoración de este aspecto, casi en un 10%.

Pregunta 3: *¿Cree usted que la burocracia de los centros sanitarios es un motivo de trato deshumanizado al paciente?*

Tabla 34: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 3 Especializada- Primaria

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	sí	139	79,9	81,8	81,8
		no	31	17,8	18,2	100,0
		Total	170	97,7	100,0	
	Perdidos	NS/NC	4	2,3		
	Total		174	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	80	66,7	69,6	69,6
		no	35	29,2	30,4	100,0
		Total	115	95,8	100,0	
	Perdidos	NS/NC	5	4,2		
	Total		120	100,0		

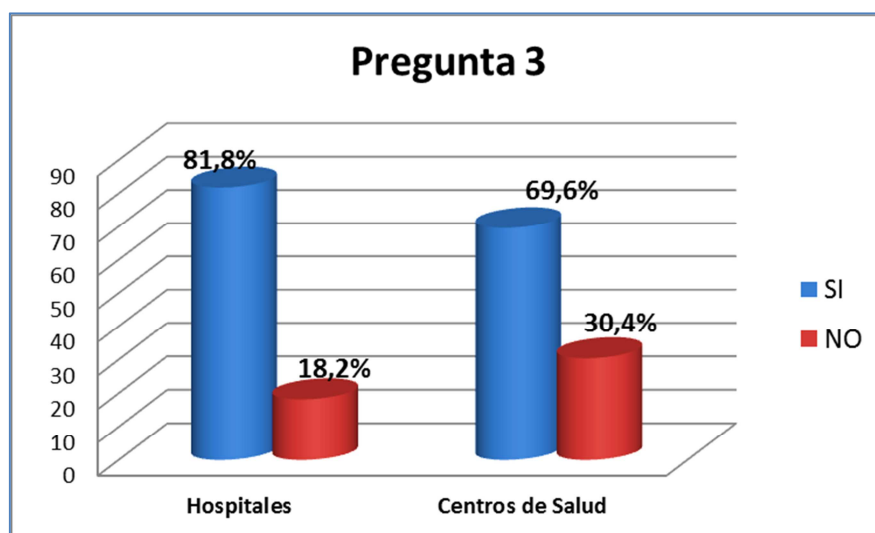


Figura 34: Porcentajes de respuesta a la pregunta 3 Especializada/Primaria

Al igual que en la pregunta anterior aunque la mayoría de los enfermeros encuestados han respondido afirmativamente en su creencia de la relación de la presencia de la Burocracia como un elemento facilitador de la deshumanización, los de Atención Especializada son porcentualmente un 12% superior de esta opinión.

Pregunta 4: *¿Consideran que los cuidados enfermeros al paciente se prestan de una forma integral (biológica, social, psicológica)?*

Tabla 35: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 4 Especializada- Primaria

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	sí	81	46,6	48,5	48,5
		no	86	49,4	51,5	100,0
		Total	167	96,0	100,0	
	Perdidos	NS/NC	7	4,0		
	Total		174	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	79	65,8	68,1	68,1
		no	37	30,8	31,9	100,0
		Total	116	96,7	100,0	
	Perdidos	NS/NC	4	3,3		
	Total		120	100,0		

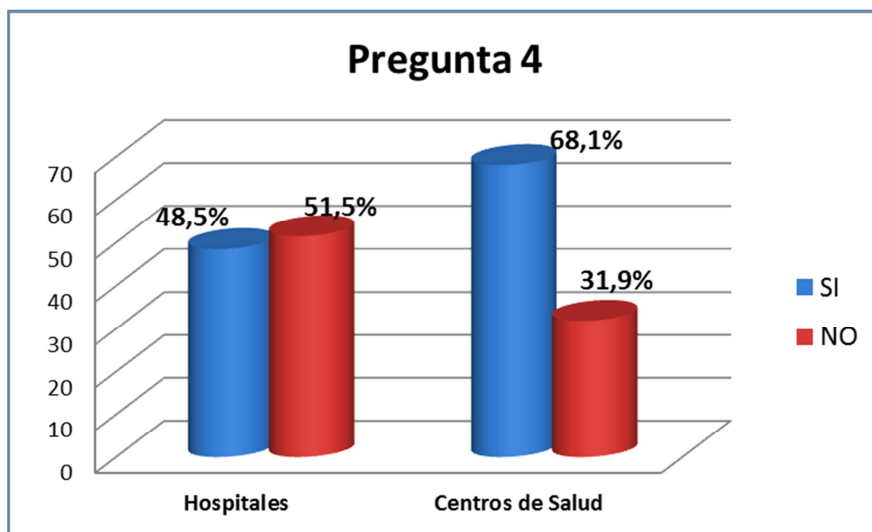


Figura 35: Porcentajes de respuesta a la pregunta 4 Especializada/Primaria

En la respuesta a esta pregunta esencial desde el punto de vista enfermero no existe coincidencia entre los enfermeros de Atención Especializada y Primaria. Los primeros consideran mayoritariamente (aunque con poca diferencia de porcentaje) que no se presta un Cuidado global al paciente, frente a los de Atención Especializada que sí consideran que es así, y además con una mayor diferencia de porcentaje

Pregunta 5: *¿Cree que la prestación de los cuidados que presta la enfermera/o se realiza de manera fragmentada (por aparatos, patologías etc.)?*

Tabla 36: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 5 Especializada-Primaria

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	sí	92	52,9	55,8	55,8
		no	73	42,0	44,2	100,0
		Total	165	94,8	100,0	
	Perdidos	NS/NC	9	5,2		
	Total		174	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	38	31,7	33,0	33,0
		no	77	64,2	67,0	100,0
		Total	115	95,8	100,0	
	Perdidos	NS/NC	5	4,2		
	Total		120	100,0		

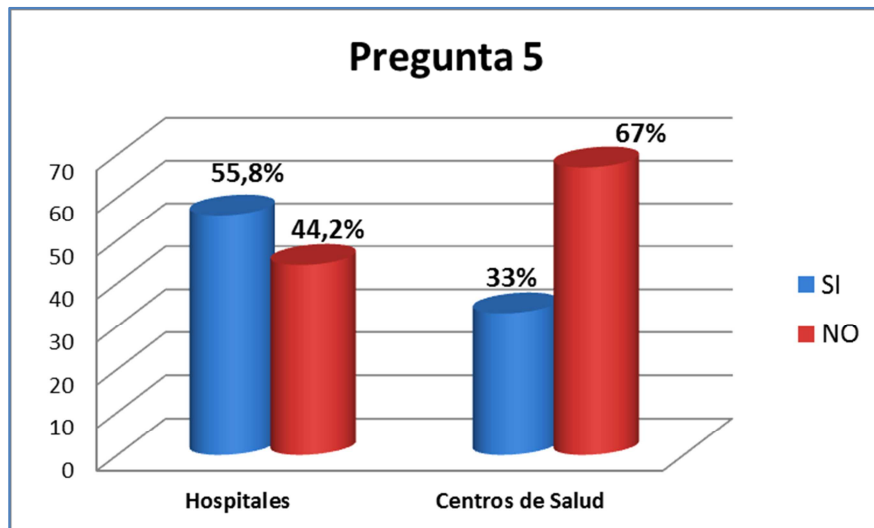


Figura 36: Porcentajes de respuesta a la pregunta 5 Especializada/Primaria

De nuevo existe una discrepancia entre la respuesta de los enfermeros de Atención Primaria y Especializada. En hospitales en opinión de los enfermeros se presta una fragmentación en los cuidados mientras que en Primaria no es así. Además la diferencia de porcentajes es de al menos un 22%

Pregunta 6: *¿Cree usted que los problemas entre profesionales (autonomía profesional, conflictos internos, falta de trabajo en grupo etc.) influyen en la atención humanizada a los pacientes?*

Tabla 37: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 6 Especializada-Primaria

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	sí	150	86,2	87,7	87,7
		no	21	12,1	12,3	100,0
		Total	171	98,3	100,0	
	Perdidos	NS/NC	3	1,7		
	Total		174	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	96	80,0	83,5	83,5
		no	19	15,8	16,5	100,0
		Total	115	95,8	100,0	
	Perdidos	NS/NC	5	4,2		
	Total		120	100,0		

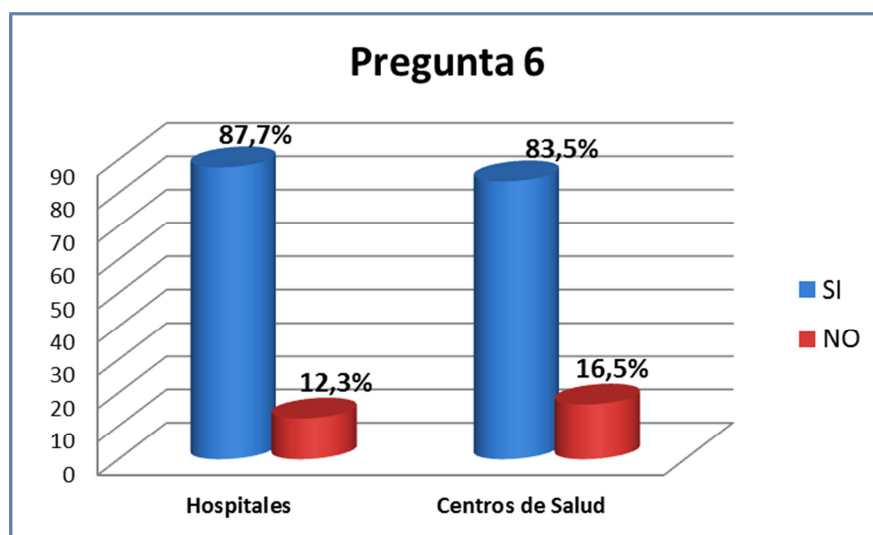


Figura 37: Porcentajes de respuesta a la pregunta 6 Especializada/Primaria

De forma mayoritaria los enfermeros tanto de Atención Primaria como de Especializada creen que los problemas entre profesionales influyen en el trato humanizado que se otorga al paciente.

Pregunta 7: *¿Considera que el sistema sanitario está estructurado en base a rentabilidad económica, social o política?*

Tabla 38: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 7 Especializada-Primaria

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	sí	157	90,2	92,4	92,4
		no	13	7,5	7,6	100,0
		Total	170	97,7	100,0	
	Perdidos	NS/NC	4	2,3		
	Total		174	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	104	86,7	91,2	91,2
		no	10	8,3	8,8	100,0
		Total	114	95,0	100,0	
	Perdidos	NS/NC	6	5,0		
	Total		120	100,0		

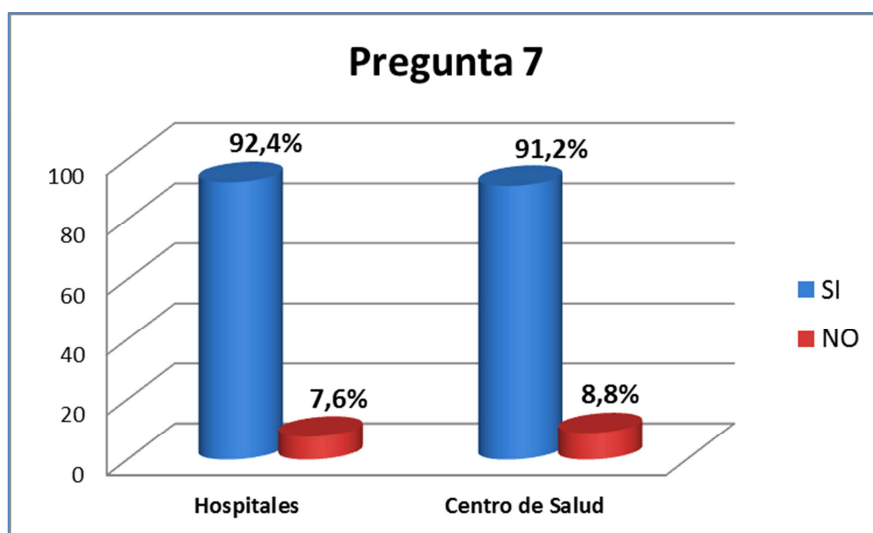


Figura 38: Porcentajes de respuesta a la pregunta 7 Especializada/Primaria

Los enfermeros opinan de forma mayoritaria que las bases del sistema sanitario se fundamentan en rentabilidades políticas, sociales o económicas.

Pregunta 8: *¿Cree usted que el trato humanizado al paciente se incluye dentro de los objetivos de la Institución Sanitaria?*

Tabla 39: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 8 Especializada-Primaria

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	sí	56	32,2	35,2	35,2
		no	103	59,2	64,8	100,0
		Total	159	91,4	100,0	
	Perdidos	NS/NC	15	8,6		
	Total		174	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	48	40,0	42,5	42,5
		no	65	54,2	57,5	100,0
		Total	113	94,2	100,0	
	Perdidos	NS/NC	7	5,8		
	Total		120	100,0		

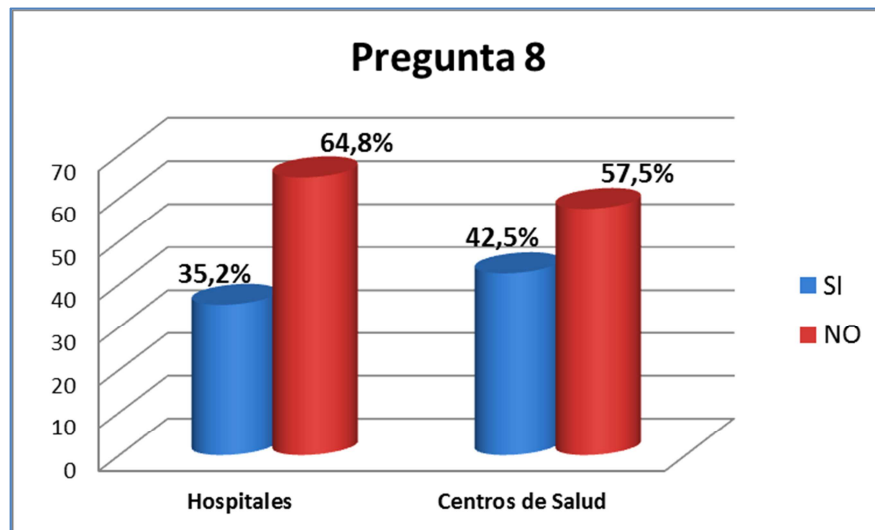


Figura 39: Porcentajes de respuesta a la pregunta 8 Especializada/Primaria

La mayoría de los enfermeros encuestados consideran que el trato humanizado no se incluye dentro de los objetivos de la institución sanitaria. Esta creencia es mayor entre los enfermeros que pertenecen a los centros hospitalarios.

Pregunta 9: *¿Considera usted que la falta de recursos afecta directamente a la humanización de la asistencia sanitaria?*

Tabla 40: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 9 Especializada-Primaria

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	sí	134	77,0	79,8	79,8
		no	34	19,5	20,2	100,0
		Total	168	96,6	100,0	
	Perdidos	NS/NC	6	3,4		
	Total		174	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	98	81,7	83,1	83,1
		no	20	16,7	16,9	100,0
		Total	118	98,3	100,0	
	Perdidos	NS/NC	2	1,7		
	Total		120	100,0		

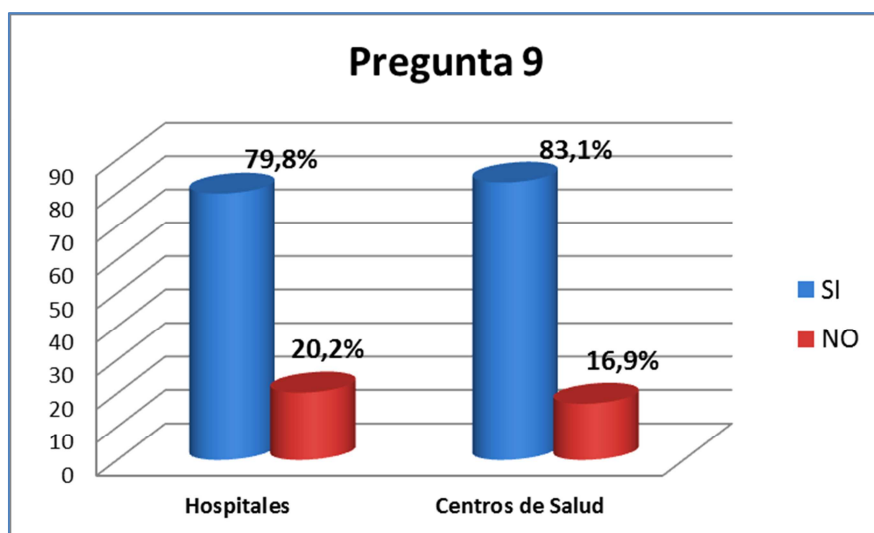


Figura 40: Porcentajes de respuesta a la pregunta 9 Especializada/Primaria

Un porcentaje muy mayoritario de los enfermeros tanto de Atención Primaria como Especializada considera que la falta de recursos afecta al Cuidado humanizado al paciente y que lo hace de manera directa.

Pregunta 10: *¿Qué recursos considera usted más importante para una asistencia humanizada? Por favor ordene de 1 a 3 de mayor a menor importancia*

Tabla 41 : Frecuencias y porcentajes de respuesta y no respuesta a la pregunta 10

Centro			Frecuencia	Porcentaje
H de Valme y Tomillar	Perdidos	NS/NC	1	,6
		Sistema	173	99,4
		Total	174	100,0
Centro de Salud	Perdidos	NS/NC	6	5,0
		Sistema	114	95,0
		Total	120	100,0

Tabla 41.a: Frecuencias y porcentajes de respuesta a recursos materiales

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	1	12	6,9	6,9	6,9
		2	31	17,8	17,9	24,9
		3	130	74,7	75,1	100,0
		Total	173	99,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	,6		
	Total		174	100,0		
Centro de Salud	Válido	1	8	6,7	7,0	7,0
		2	20	16,7	17,5	24,6
		3	86	71,7	75,4	100,0
		Total	114	95,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	5,0		
	Total		120	100,0		

Tabla 41.b: Frecuencias y porcentajes de respuesta a recursos humanos

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	1	121	69,5	69,9	69,9
		2	33	19,0	19,1	89,0
		3	19	10,9	11,0	100,0
		Total	173	99,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	,6		
	Total		174	100,0		
Centro de Salud	Válido	1	82	68,3	71,9	71,9
		2	24	20,0	21,1	93,0
		3	8	6,7	7,0	100,0
		Total	114	95,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	5,0		
	Total		120	100,0		

Tabla 41.c: Frecuencias y porcentajes de respuesta al recurso de tiempo

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	1	40	23,0	23,1	23,1
		2	109	62,6	63,0	86,1
		3	24	13,8	13,9	100,0
		Total	173	99,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	,6		
	Total		174	100,0		
Centro de Salud	Válido	1	24	20,0	21,1	21,1
		2	70	58,3	61,4	82,5
		3	20	16,7	17,5	100,0
		Total	114	95,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	5,0		
	Total		120	100,0		

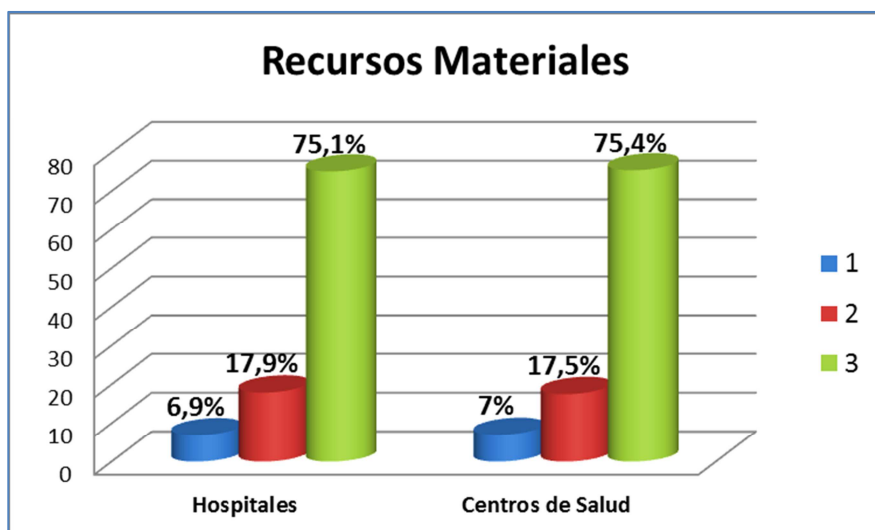


Figura 41.a: Porcentajes de valoración de recursos materiales Especializada/ Primaria

Los enfermeros responden de manera muy similar tanto en Atención Primaria como Especializada. Opinan mayoritariamente que los recursos materiales son los menos importantes a la hora de su déficit en relación con una asistencia humanizada, y los porcentajes menores corresponden a los enfermeros que opinan que es el recurso más importante a la hora de su déficit en relación al Cuidado humanizado.

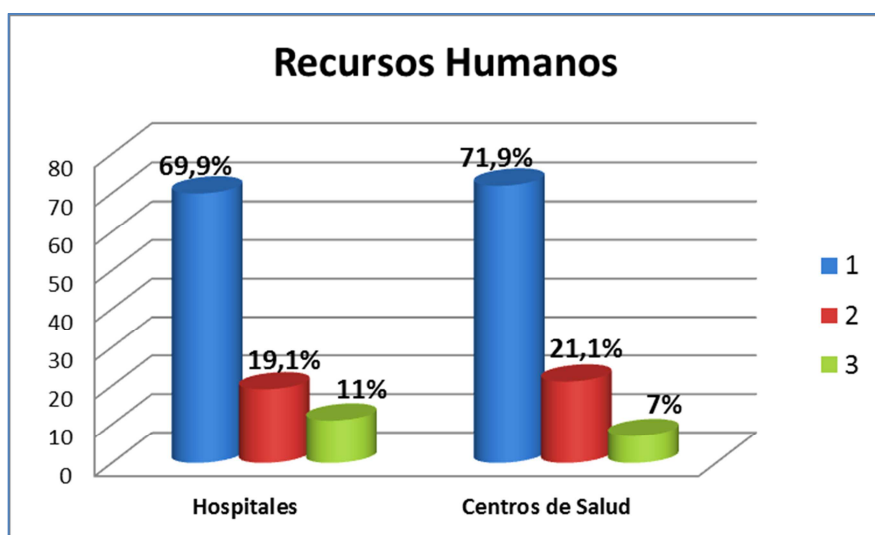


Figura 41.b: Porcentajes de valoración de recursos humanos Especializada/ Primaria

De forma muy mayoritaria los enfermeros consideran que el déficit de recursos humanos es el más importante en relación a una asistencia humanizada y el porcentaje menor corresponde a los que opinan que es el déficit menos relevante a la hora de esta humanización asistencial.

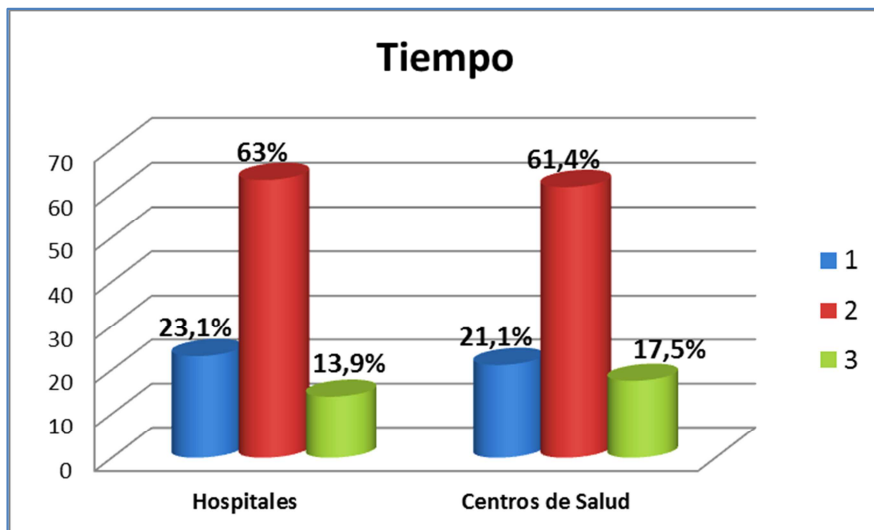


Figura 41.c: Porcentajes de valoración de tiempo Especializada/ Primaria

Tanto enfermeros de Atención Primaria como de Especializada consideran en un porcentaje mayor que el tiempo es el segundo recurso en importancia a la hora de su déficit para poder dispensar una atención sanitaria humanizada.

Pregunta 11: *"Estar quemado en el trabajo", ¿influye en el trato humanizado al paciente?*

Tabla 42: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 11 Especializada-Primaria

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	sí	150	86,2	88,8	88,8
		no	19	10,9	11,2	100,0
		Total	169	97,1	100,0	
	Perdidos	NS/NC	5	2,9		
	Total		174	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	106	88,3	89,8	89,8
		no	12	10,0	10,2	100,0
		Total	118	98,3	100,0	
	Perdidos	NS/NC	2	1,7		
	Total		120	100,0		

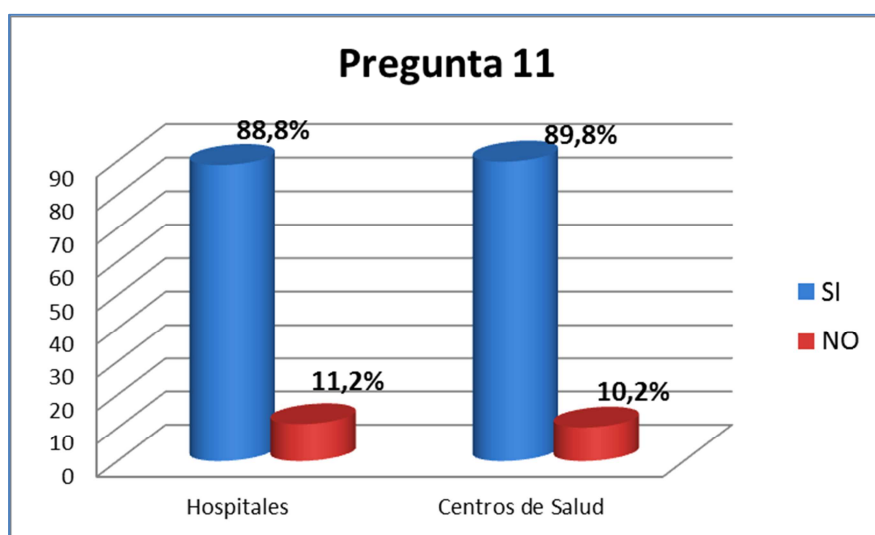


Figura 42: Porcentajes de respuesta a la pregunta 11 Especializada/Primaria

Los enfermeros tanto de Atención Primaria como Especializada manifiestan en porcentajes muy elevados que padecer el síndrome de Burnout influye en el trato humanizado que se ofrece al paciente.

Pregunta 12: *¿Cree que el paciente es considerado frecuentemente más como un problema que como un sujeto de cuidados?*

Tabla 43: Frecuencias y porcentajes de respuesta a la pregunta 12 Especializada-Primaria

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	sí	72	41,4	43,4	43,4
		no	94	54,0	56,6	100,0
		Total	166	95,4	100,0	
	Perdidos	NS/NC	8	4,6		
	Total		174	100,0		
Centro de Salud	Válido	sí	52	43,3	46,8	46,8
		no	59	49,2	53,2	100,0
		Total	111	92,5	100,0	
	Perdidos	NS/NC	9	7,5		
	Total		120	100,0		

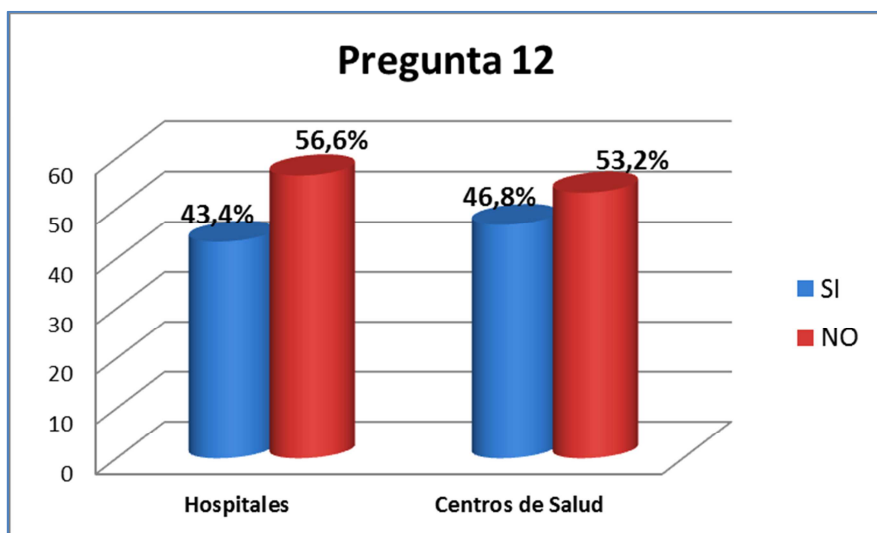


Figura 43: Porcentajes de respuesta a la pregunta 12 Especializada/Primaria

Tanto en hospitales como en Primaria los enfermeros presentan mayor porcentaje en no considerar al paciente como “un problema”. Sin embargo debe preocuparnos que más de un 40% en ambas Áreas considera al paciente de manera frecuente como sinónimo de “problema” en vez de sujeto de cuidados.

4. Resultado IV: cruce asociación variables/centros

Tras valorar los porcentajes de respuestas a las preguntas del cuestionario tanto en su globalidad, por centros y en la comparativa de Atención Especializada y Atención Primaria, nos planteamos si la diferencia porcentual en respuestas positivas y negativas a determinadas preguntas, está relacionada con el Centro o con el tipo de Atención. Para valorar la independencia/asociación de las variables calculamos mediante la prueba no paramétrica de la Chi cuadrado (χ^2), el contraste una hipótesis nula (H_0) que no contempla la asociación de variables y una hipótesis alternativa (H_1) que sí lo hace.

1. Una vez observados los porcentajes de respuesta positiva a la pregunta *¿Cree usted que existe deshumanización en la asistencia sanitaria?*, Atención Especializada y Atención Primaria presentan unos porcentajes de 76,2% versus 54,8%, respectivamente. Dado que los porcentajes por Centros en la misma pregunta son muy similares en el Hospital del Tomillar y Centros de salud, creemos que la diferencia tiene su origen en la similitud de respuesta que presentan los enfermeros de Centros de Salud y Hospital del Tomillar frente a los del Hospital de Valme, confirmándose que esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,0005$).

Tabla 44: Cruce de porcentajes de respuesta a la pregunta 1 Hospital de Valme/ Hospital Tomillar- Centros de Salud

					Total
			sí	no	
Centros	H de Valme	Recuento	115	30	145
		% dentro de Centro.T.y.CS	79,3%	20,7%	100,0%
	H del Tomillar y Centros de Salud	Recuento	79	63	142
		% dentro de Centro.T.y.CS	55,6%	44,4%	100,0%
Total		Recuento	194	93	287
		% dentro de Centro.T.y.CS	67,6%	32,4%	100,0%

2. En cuanto a las respuestas porcentuales a la pregunta ¿Considera usted que la tecnificación ha sido “divinizada” en la atención al paciente?, se observa que se presenta una situación similar a la anteriormente citada: Unos porcentajes de respuesta positiva de 77,6% versus 68,3% en Atención Especializada y Atención Primaria. Presentando los Centros de Salud y el Hospital del Tomillar unos porcentajes similares en su respuesta, pensamos que es esta asociación frente al Hospital de Valme el origen de la diferencia porcentual, y además es estadísticamente significativa ($p=0,048$).

Tabla 45: Cruce de porcentajes de respuesta a la pregunta 2 Hospital de Valme/ Hospital Tomillar- Centros de Salud

					Total
			sí	no	
Centros	H de Valme	Recuento	103	27	130
		% dentro de Centro.T.y.CS	79,2%	20,8%	100,0%
	H del Tomillar y Centros de Salud	Recuento	86	40	126
		% dentro de Centro.T.y.CS	68,3%	31,7%	100,0%
Total		Recuento	189	67	256
		% dentro de Centro.T.y.CS	73,8%	26,2%	100,0%

3. Observados los porcentajes de respuesta positiva a la pregunta *¿Cree usted que la burocracia de los centros sanitarios es un motivo de trato deshumanizado al paciente?* al comparar Atención Especializada con Atención Primaria, presenta porcentajes de un 81,8% versus 69,6% respectivamente, existiendo además unos porcentajes muy similares en los Hospitales de Valme y el Tomillar, confirmamos que la diferencia en la respuesta está en la relación de Especializada frente a Primaria siendo estadísticamente significativa ($p= 0,022$)

Tabla 46: Cruce de porcentajes de respuesta a la pregunta 3 Hospital de Valme-Tomillar/ Centros de Salud

					Total
			sí	no	
Centro	H de Valme y Tomillar	Recuento	139	31	170
		% dentro de Centro.2	81,8%	18,2%	100,0%
	Centro de Salud	Recuento	80	35	115
		% dentro de Centro.2	69,6%	30,4%	100,0%
Total		Recuento	219	66	285
		% dentro de Centro.2	76,8%	23,2%	100,0%

4. Una vez observados los porcentajes de respuesta positiva a la pregunta *¿Considera que los cuidados enfermeros al paciente se prestan de una forma integral (biológica, social y psicológica)?*, Atención Especializada y Atención Primaria presentan unos porcentajes de 48,5% versus 68,1%, respectivamente. Dado que los porcentajes por Centros en la misma pregunta son muy similares en el Hospital del Tomillar y Centros de salud, creemos que la diferencia tiene su origen en la similitud de respuesta que presentan los enfermeros de Centros de Salud y Hospital del Tomillar frente a los del Hospital de Valme, confirmándose que esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,0005$).

Tabla 47: Cruce de porcentajes de respuesta a la pregunta 4 Hospital de Valme/ Hospital Tomillar- Centros de Salud

					Total
			sí	no	
Centros	H de Valme	Recuento	64	77	141
		% dentro de Centro.T.y.CS	45,4%	54,6%	100,0%
	H del Tomillar y Centro de Salud	Recuento	96	46	142
		% dentro de Centro.T.y.CS	67,6%	32,4%	100,0%
Total		Recuento	160	123	283
		% dentro de Centro.T.y.CS	56,5%	43,5%	100,0%

5. Observados los porcentajes de respuesta positiva a la pregunta *¿Cree que la prestación de los cuidados que presta la enfermera/o se realiza de manera fragmentada (por aparatos, patologías, servicios etc.)?* al comparar Atención Especializada con Atención Primaria, presentan un 55,8% versus 33% respectivamente, existiendo además unos porcentajes muy similares en los Hospitales de Valme y el Tomillar, confirmamos que la diferencia en la respuesta está en la relación de Especializada frente a Primaria siendo estadísticamente significativa ($p<0,0005$).

Tabla 48: Cruce de porcentajes de respuesta a la pregunta 5 Hospital de Valme-Tomillar/ Centros de Salud

					Total
			sí	no	
Centros	H de Valme y Tomillar	Recuento	92	73	165
		% dentro de Centro.2	55,8%	44,2%	100,0%
	Centro de Salud	Recuento	38	77	115
		% dentro de Centro.2	33,0%	67,0%	100,0%
Total		Recuento	130	150	280
		% dentro de Centro.2	46,4%	53,6%	100,0%

6. Por último al observar los porcentajes de respuesta positiva a la pregunta *¿Cree usted que el paciente es considerado frecuentemente más como un problema que como un sujeto de cuidados?*, Atención Especializada frente a Atención Primaria presentan un 43,4% versus 46,8% respectivamente. No obstante al presentar unos porcentajes por Centro similares en Atención Primaria y Hospital de Valme frente al Hospital del Tomillar planteamos si esta asociación es significativa. Aunque no presenta una $p=0,093$ significativa estadísticamente pensamos que dada la importancia de la pregunta y la diferencia de porcentajes, en un estudio posterior y con un aumento de muestra podríamos conocer la existencia de dicha asociación.

Tabla 49: Cruce de porcentajes de respuesta a la pregunta 12 del Hospital de Valme- Centro de Salud/ Hospital del Tomillar

			sí	no	Total
Centros	H de Valme y C Salud	Recuento	117	135	252
		% dentro de Centro.VyCS	46,4%	53,6%	100,0%
	H del Tomillar	Recuento	7	18	25
		% dentro de Centro.VyCS	28,0%	72,0%	100,0%
Total		Recuento	124	153	277
		% dentro de Centro.VyCS	44,8%	55,2%	100,0%

5. Resultado V: asociación de variables categóricas con la variable demográfica sexo

A continuación describimos la exploración realizada para ver si existe asociación entre las variables categóricas de la encuesta y la variable demográfica sexo. Se procedió una vez establecidas las tablas de frecuencias a la realización de la prueba de la Chi-Cuadrado para determinar la posible asociación entre ambas variables cualitativas.

Concluido el análisis podemos afirmar que no podemos asociar globalmente el sexo con la respuesta al cuestionario, y solamente parece que ser hombre o mujer influye en la creencia *de que “padecer el síndrome de estar quemado” influye en el trato humanizado.*

A continuación se detallan las tablas de frecuencias así como la significación estadística hallada en cada asociación.

Pregunta 1: ¿Cree usted que existe deshumanización en la asistencia sanitaria?

Tabla 50. Porcentajes de respuesta a la pregunta 1 según sexo

					Total
			sí	no	
Sexo	mujer	Recuento	135	67	202
		% dentro de Sexo	66,8%	33,2%	100,0%
	hombre	Recuento	59	26	85
		% dentro de Sexo	69,4%	30,6%	100,0%
Total		Recuento	194	93	287
		% dentro de Sexo	67,6%	32,4%	100,0%

En esta relación de variables con una $p = 0,682$ no podemos apreciar asociación entre ambas categorías.

Pregunta 2: ¿Considera usted que la tecnificación ha sido "divinizada" en la atención al paciente?

Tabla 51: Porcentajes de respuesta a la pregunta 2 según sexo

					Total
			sí	no	
Sexo	mujer	Recuento	130	46	176
		% dentro de Sexo	73,9%	26,1%	100,0%
	hombre	Recuento	59	21	80
		% dentro de Sexo	73,8%	26,3%	100,0%
Total		Recuento	189	67	256
		% dentro de Sexo	73,8%	26,2%	100,0%

En esta relación de variables con una $p = 1,000$ no podemos apreciar asociación entre ambas categorías.

Pregunta 3: ¿Cree usted que la burocracia de los centros sanitarios es un motivo de trato deshumanizado al paciente?

Tabla 52: Porcentajes de respuesta a la pregunta 3 según sexo

					Total
			sí	no	
Sexo	mujer	Recuento	156	45	201
		% dentro de Sexo	77,6%	22,4%	100,0%
	hombre	Recuento	63	21	84
		% dentro de Sexo	75,0%	25,0%	100,0%
Total		Recuento	219	66	285
		% dentro de Sexo	76,8%	23,2%	100,0%

En esta relación de variables con una $p = 0,646$ no podemos apreciar asociación entre ambas categorías.

Pregunta 4: ¿Considera que los cuidados enfermeros al paciente se prestan de una forma integral (biológica, social y psicológica)?

Tabla 53: Porcentajes de respuesta a la pregunta 4 según sexo

			sí	no	Total
Sexo	mujer	Recuento	118	80	198
		% dentro de Sexo	59,6%	40,4%	100,0%
	hombre	Recuento	42	43	85
		% dentro de Sexo	49,4%	50,6%	100,0%
Total		Recuento	160	123	283
		% dentro de Sexo	56,5%	43,5%	100,0%

Aunque existe una diferencia porcentual de 10% en la respuesta positiva según sexo, al aplicársele la prueba de la Chi-cuadrado con una $p = 0,119$ no podemos considerar que exista asociación de variables

Pregunta 5: ¿Cree que la prestación de los cuidados que presta la enfermera/ se realiza de manera fragmentada (por aparatos, patologías, etc.)?

Tabla 54: Porcentajes de respuesta a la pregunta 5 según sexo

			sí	no	
Sexo	mujer	Recuento	88	107	195
		% dentro de Sexo	45,1%	54,9%	100,0%
	hombre	Recuento	42	43	85
		% dentro de Sexo	49,4%	50,6%	100,0%
Total		Recuento	130	150	280
		% dentro de Sexo	46,4%	53,6%	100,0%

En esta relación de variables con una $p = 0,518$ no podemos apreciar asociación entre ambas categorías.

Pregunta 6: Cree usted que los problemas entre profesionales (autonomía profesional, conflictos internos, falta de trabajo en grupo etc.) influyen en la atención humanizada a los pacientes?

Tabla 55: Porcentajes de respuesta a la pregunta 6 según sexo

			sí	no	Total
Sexo	mujer	Recuento	172	31	203
		% dentro de Sexo	84,7%	15,3%	100,0%
	hombre	Recuento	74	9	83
		% dentro de Sexo	89,2%	10,8%	100,0%
Total		Recuento	246	40	286
		% dentro de Sexo	86,0%	14,0%	100,0%

En esta relación de variables con una $p = 0,356$ no podemos apreciar asociación entre ambas categorías.

Pregunta 7: ¿Considera que el sistema sanitario está estructurado en base a rentabilidad económica, social o política?

Tabla 56: Porcentajes de respuesta a la pregunta 7 según sexo

					Total
			sí	no	
Sexo	mujer	Recuento	185	13	198
		% dentro de Sexo	93,4%	6,6%	100,0%
	hombre	Recuento	76	10	86
		% dentro de Sexo	88,4%	11,6%	100,0%
Total		Recuento	261	23	284
		% dentro de Sexo	91,9%	8,1%	100,0%

En esta relación de variables con una $p = 0,161$ no podemos apreciar asociación entre ambas variables

Pregunta 8: ¿Cree usted que el trato humanizado al paciente se incluye dentro de los objetivos de la Institución Sanitaria?

Tabla 57: Porcentajes de respuesta a la pregunta 8 según sexo

					Total
			sí	no	
Sexo	mujer	Recuento	77	115	192
		% dentro de Sexo	40,1%	59,9%	100,0%
	hombre	Recuento	27	53	80
		% dentro de Sexo	33,8%	66,3%	100,0%
Total		Recuento	104	168	272
		% dentro de Sexo	38,2%	61,8%	100,0%

En esta relación de variables con una $p = 0,341$ no podemos apreciar asociación entre ambas categorías.

Pregunta 9: ¿Considera usted que la falta de recursos afecta directamente a la humanización de la asistencia sanitaria?

Tabla 58: Porcentajes de respuesta a la pregunta 9 según sexo

			sí	no	Total
Sexo	mujer	Recuento	159	42	201
		% dentro de Sexo	79,1%	20,9%	100,0%
	hombre	Recuento	73	12	85
		% dentro de Sexo	85,9%	14,1%	100,0%
Total		Recuento	232	54	286
		% dentro de Sexo	81,1%	18,9%	100,0%

En esta relación de variables con una $p = 0,191$ no podemos apreciar asociación entre ambas categorías. Tampoco existe asociación de variable sexo con el tipo de recurso más importante, al hallarse una $p=0,828$ para los recursos materiales, una $p=0,413$ para los recursos humanos y una $p=0,471$ para el recurso tiempo.

Pregunta 11: "Estar quemado en el trabajo", ¿influye en el trato humanizado al paciente?

Tabla 59: Porcentajes de respuesta a la pregunta 11 según sexo

			sí	no	Total
Sexo	mujer	Recuento	175	27	202
		% dentro de Sexo	86,6%	13,4%	100,0%
	hombre	Recuento	81	4	85
		% dentro de Sexo	95,3%	4,7%	100,0%
Total		Recuento	256	31	287
		% dentro de Sexo	89,2%	10,8%	100,0%

En esta relación de variables con una $p = 0,036$ podemos apreciar asociación de ambas categorías.

Pregunta 12: ¿Cree que el paciente es considerado frecuentemente más como un problema que como un sujeto de cuidados?

Tabla 60: Porcentajes de respuesta a la pregunta 12 según sexo

					Total
			sí	no	
Sexo	mujer	Recuento	85	109	194
		% dentro de Sexo	43,8%	56,2%	100,0%
	hombre	Recuento	39	44	83
		% dentro de Sexo	47,0%	53,0%	100,0%
Total		Recuento	124	153	277
		% dentro de Sexo	44,8%	55,2%	100,0%

En esta relación de variables con una $p = 0,693$ no podemos apreciar asociación de ambas variables

Resultado VI: asociación de variables cualitativas con las variables cuantitativas tiempo de servicio y edad

Para apreciar como es de fuerte la relación entre las variables cualitativas de la encuesta y el tiempo de servicio se realizó una comparativa de medias y medianas con un intervalo de confianza de un 95% aplicándosele el test de U de Mann-Whitney. A continuación se destacan las cuestiones en que el contraste de medianas resulta estadísticamente significativo

Al abordar la influencia del tiempo de servicio del profesional en la respuesta al ítem '¿Considera que los cuidados enfermeros se prestan de una manera integral?', existen diferencias significativas ($p=0,015$) en la distribución de aquél entre los profesionales que responden positivamente y los que no lo hacen, siendo entre 1 y 5 años mayor la mediana del tiempo de servicio en los que responden 'no' respecto a 'sí'. De tal forma que un menor tiempo de servicio se asocia a esta creencia

Tabla 61: Medias y medianas de tiempo de servicio en respuesta a la pregunta 4

			Estadístico	Error estándar
Tiempo_Servicio	sí	Media	24,48	,663
		Mediana	25,00	
	no	Media	26,80	,790
		Mediana	28,00	

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Tiempo_Servicio es la misma entre las categorías de 4. ¿CREE que los CUIDADOS ENF al pac. SE PRESTAN de forma INTEGRAL?.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,015	Rechaza la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Resumen de intervalo de confianza

Tipo de intervalo de confianza	Parámetro	Estimación	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Diferencia de la mediana de Hodges-Lehman para muestras independientes	La diferencia entre las medianas de Tiempo_Servicio entre las categorías de 4. ¿CREE que los CUIDADOS ENF al pac. SE PRESTAN de forma INTEGRAL?.	-3,000	-5,000	,000

En la observación de la influencia del tiempo de servicio del profesional en la respuesta al ítem '¿Cree que la prestación de los cuidados que presta la enfermera/o se realiza de manera fragmentada?', existen diferencias significativas ($p=0,014$) en la distribución de los profesionales que responden positivamente y los que no lo hacen, siendo entre 1 y 5 años mayor la mediana del tiempo de servicio en los que responden 'sí' respecto a 'no'. De tal forma que un mayor tiempo de servicio se asocia a esta creencia

Tabla 62: Medias y medianas de tiempo de servicio en respuesta a la pregunta 5

			Estadístico	Error estándar
Tiempo_Servicio	sí	Media	26,85	,726
		Mediana	28,00	
	no	Media	24,42	,706
		Mediana	25,00	

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Tiempo_Servicio es la misma entre las categorías de 5. ¿Cree que la prestación de los cuidados que presta la enfermera/.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,014	Rechaza la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Resumen de intervalo de confianza

Tipo de intervalo de confianza	Parámetro	Estimación	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Diferencia de la mediana de Hodges-Lehman para muestras independientes	La diferencia entre las medianas de Tiempo_Servicio entre las categorías de 5. ¿Cree que la prestación de los cuidados que presta la enfermera/.	3,000	,000	5,000

Al explorar la influencia del tiempo de servicio del profesional en la respuesta al ítem ‘¿Cree que los problemas entre profesionales influyen en la atención humanizada a los pacientes?’, existen diferencias significativas ($p=0,001$) en la distribución de los profesionales que responden positivamente y los que no lo hacen, siendo entre 2 y 8 años mayor la mediana del tiempo de servicio en los que responden ‘no’ respecto a ‘sí’. Lo que indica que un menor tiempo de servicio está asociado a esta creencia

Tabla 63: Medias y medianas de tiempo de servicio en respuesta a la pregunta 6

			Estadístico	Error estándar
Tiempo_Servicio	sí	Media	25,02	,547
		Mediana	25,00	
	no	Media	29,60	1,258
		Mediana	31,00	

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Tiempo_Servicio es la misma entre las categorías de 6. ¿Cree usted que los problemas entre profesionales (autonomía pro	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,001	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Resumen de intervalo de confianza

Tipo de intervalo de confianza	Parámetro	Estimación	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Diferencia de la mediana de Hodges-Lehman para muestras independientes	La diferencia entre las medianas de Tiempo_Servicio entre las categorías de 6. ¿Cree usted que los problemas entre profesionales (autonomía pro.	-5,000	-8,000	-2,000

En la observación de la influencia del tiempo de servicio del profesional en la respuesta al ítem '*Estar quemado en el trabajo ¿Influye en el trato humanizado al paciente?*', existen diferencias significativas ($p= 0,041$) en la distribución de los profesionales que responden positivamente y los que no lo hacen, siendo entre 1 y 7 años mayor la mediana del tiempo de servicio en los que responden 'no' respecto a 'sí'. De tal forma que un menor tiempo de servicio se asocia a esta creencia.

Tabla 64: Medias y medianas de tiempo de servicio en respuesta a la pregunta 11

			Estadístico	Error estándar
Tiempo_Servicio	sí	Media	25,35	,539
		Mediana	26,00	
	no	Media	28,84	1,437
		Mediana	30,00	

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Tiempo_Servicio es la misma entre las categorías de 11."Estar quemado en el trabajo", para muestras independientes	Prueba U de Mann-Whitney	,041	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Resumen de intervalo de confianza

Tipo de intervalo de confianza	Parámetro	Estimación	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Diferencia de la mediana de Hodges-Lehman para muestras independientes	La diferencia entre las medianas de Tiempo_Servicio entre las categorías de 11."Estar quemado en el trabajo", ¿influye en el trato humanizado a.	-3,000	-7,000	,000

De forma análoga exploramos la asociación entre la edad y la respuesta a las variables cualitativas. Se utilizó al igual que con la variable tiempo de servicio una comparativa de medianas con la aplicación del test de U de Mann-Whitney con un intervalo de confianza de un 95%. A continuación se especifican las asociaciones significativas

En la respuesta a la pregunta ‘¿Considera que los cuidados enfermeros al paciente se prestan de una forma integral?’, se observan diferencias significativas ($p= 0,013$) en la distribución de la edad entre los profesionales que opinan que sí y los que opinan que no. Los dos años menos de diferencia detectados en la muestra entre los que opinan ‘sí’ y ‘no’, pueden llegar a ser hasta cuatro años en la población. Al igual que ocurre en el tiempo de servicio, una menor edad se asocia con esta creencia.

Tabla 65: Medias y medianas de edad en respuesta a la pregunta 4

		N		Media	Mediana
		Válido	Perdidos		
Edad	sí	160	0	48,93	49,00
	no	123	0	51,02	53,00

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Edad es la misma entre las categorías de 4. ¿CREE que los CUIDADOS ENF al pac. SE PRESTAN de forma INTEGRAL?.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,013	Rechaza la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Resumen de intervalo de confianza

Tipo de intervalo de confianza	Parámetro	Estimación	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Diferencia de la mediana de Hodges-Lehman para muestras independientes	La diferencia entre las medianas de Edad entre las categorías de 4. ¿CREE que los CUIDADOS ENF al pac. SE PRESTAN de forma INTEGRAL?.	-2,000	-4,000	-1,000

En la respuesta a la pregunta ‘¿Cree que la prestación de cuidados que presta la enfermera se realiza de manera fragmentada?’”, se observan diferencias significativas ($p= 0,015$) en la distribución de la edad entre los profesionales que opinan que sí y los que opinan que no. Los dos años menos de diferencia detectados en la muestra entre los que opinan ‘no’ y ‘sí’, pueden llegar a ser hasta cuatro años en la población. De esta forma una mayor edad se asocia a la respuesta positiva al ítem.

Tabla 66: Medias y medianas de edad en respuesta a la pregunta 5

		N		Media	Mediana
		Válido	Perdidos		
Edad	sí	130	0	51,12	53,00
	no	150	0	48,80	49,00

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Edad es la misma entre las categorías de 5. ¿Cree que la prestación de los cuidados que presta la enfermera/independientes	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,015	Rechaza la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Resumen de intervalo de confianza

Tipo de intervalo de confianza	Parámetro	Estimación	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Diferencia de la mediana de Hodges-Lehman para muestras independientes	La diferencia entre las medianas de Edad entre las categorías de 5. ¿Cree que la prestación de los cuidados que presta la enfermera/.	2,000	,000	4,000

En la respuesta a la pregunta ‘¿Cree usted que los problemas entre profesionales influyen en la atención humanizada a los pacientes?’, se observan diferencias significativas ($p=0,001$) en la distribución de la edad entre los profesionales que opinan que sí y los que opinan que no. Los cuatro años menos de diferencia detectados en la muestra entre los que opinan ‘sí’ y ‘no’, pueden llegar a ser hasta siete años en la población. De esta forma una menor edad se asocia a la respuesta positiva al ítem.

Tabla 67: Medias y medianas de edad en respuesta a la pregunta 6

		N		Media	Mediana
		Válido	Perdidos		
Edad	sí	246	0	49,38	50,00
	no	40	0	53,83	56,00

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Edad es la misma entre las categorías de 6. ¿Cree usted que los problemas entre profesionales (autonomía proindependientes	Prueba U de Mann-Whitney para muestras	,001	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Resumen de intervalo de confianza

Tipo de intervalo de confianza	Parámetro	Estimación	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Diferencia de la mediana de Hodges-Lehman para muestras independientes	La diferencia entre las medianas de Edad entre las categorías de 6. ¿Cree usted que los problemas entre profesionales (autonomía pro.	-4,000	-7,000	-2,000

En la respuesta a la pregunta '*Estar quemado en el trabajo ¿influye en el trato deshumanizado?*', se observan diferencias significativas ($p= 0,009$) en la distribución de la edad entre los profesionales que opinan que sí y los que opinan que no. Los cuatro años menos de diferencia detectados en la muestra entre los que opinan 'sí' y 'no', pueden llegar a ser hasta siete años en la población. Coincidiendo con la asociación del tiempo de servicio, una menor edad se asocia con esta creencia.

Tabla 68: Medias y medianas de edad en respuesta a la pregunta 11

		N		Media	Mediana
		Válido	Perdidos		
Edad	sí	256	0	49,48	50,00
	no	31	0	53,19	56,00

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La distribución de Edad es la misma entre las categorías de 11. "Estar quemado en el trabajo", ¿influye en el trato humanizado a.	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	,009	Rechaza la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Resumen de intervalo de confianza

Tipo de intervalo de confianza	Parámetro	Estimación	Intervalo de confianza 95%	
			Inferior	Superior
Diferencia de la mediana de Hodges-Lehman para muestras independientes	La diferencia entre las medianas de Edad entre las categorías de 11. "Estar quemado en el trabajo", ¿influye en el trato humanizado a.	-4,000	-7,000	-1,000

Podemos concluir por tanto señalando que los ítems de la encuesta asociados a las variables de tiempo de servicio y edad que resultan significativos estadísticamente son los mismos, así como su relación entre el aumento o disminución de las variables cuantitativas con respecto a las creencias de las cuestiones.

Discusión



DISCUSIÓN

1. De los resultados I

En el estudio realizado detectamos que las enfermeras/os creen en un porcentaje elevado (67,6%) que existe deshumanización sanitaria. Con un porcentaje pequeño de no respuesta, el resultado coincide con la opinión de otros autores^{3,60,61,74,76,77,78}.

En relación a la creencia del papel sobredimensionado de la tecnología y su influencia en el Cuidado humanizado un importante porcentaje percibe esta creencia (73,8%), siendo también elevado el número de encuestados que creen que la burocracia es un factor motivador de un trato deshumanizado (76,8%). Ambas creencias coinciden con la opinión de otros autores^{3,16,61,65,76,108,109,110,111,115,127,151}. No obstante debemos considerar que más de un 12% de los encuestados no ha respondido a la cuestión sobre el papel de la tecnología, por lo que nos cuestionamos si han entendido la pregunta o no han querido contestarla.

En cuanto a la prestación de un Cuidado integral al paciente, aunque la mayoría de los encuestados (56,5%) creen que sí se realiza, debemos considerar que más de un 43% creen que no es así. Creemos que esta cuestión es esencial en nuestro estudio, no solo porque gran cantidad de autores vinculan un Cuidado humanizado a su aspecto holístico^{3,4,53,72,79,111,112,113,133}, sino porque los estudios que se han realizado sobre humanización tanto de profesionales como de pacientes y familiares identifican el Cuidado holístico como esencial en un Cuidado humanizado^{113,136,155}.

Los enfermeros encuestados creen en un 46,4% que se ofrece un Cuidado fragmentado, aunque la mayoría (53,6%) piensa que no es así, un porcentaje tan elevado en esta creencia resulta preocupante.

En la cuestión sobre la creencia que los problemas entre profesionales influye en un Cuidado humanizado, un gran porcentaje (86%) piensa que es así. Además de coincidir con otros autores^{60,111,116,133}, lo hace con otros estudios de humanización que identifican este elemento como motivo deshumanizador^{113,136}. Sin embargo el identificar la existencia de este factor por parte de los propios profesionales creemos que es positivo pues supone un ejercicio de autocrítica.

Un porcentaje muy mayoritario (91,9%) cree que el sistema sanitario se asienta sobre rentabilidades económicas, sociales o políticas. Aunque esta creencia coincide con la de algunos autores^{60,65,113,130,132}, la respuesta tan mayoritaria puede haberse visto influida por la generalidad de la pregunta. Es posible que en un posterior estudio delimitándose más el tipo de rentabilidad se presentasen porcentajes distintos.

Los enfermeros encuestados tienen la creencia en un porcentaje mayoritario (61,8%) de que la Institución no incluye el trato humanizado entre sus objetivos. Esta percepción de los profesionales se halla íntimamente ligada con la existencia de un Cuidado deshumanizado^{111,130,132,134}.

En cuanto a la creencia de si el déficit de recursos afecta de manera directa sobre una asistencia humanizada, el 81,1% de los encuestados cree que es así. Aunque hay autores que se manifiestan en este sentido^{60,65,110,112,122} y estudios que así lo defienden^{113,136,155}, en ninguno de ellos se jerarquiza el tipo de recursos más importante según el profesional. De esta forma en el estudio que presentamos la mayoría de los enfermeros consideran que el recurso más importante es el humano (70,7%), seguido del tiempo (62,4%) y por último el material (7%).

Los profesionales encuestados creen en un alto porcentaje (89,2%) que padecer el “síndrome de estar quemado” en el trabajo influye en el trato humanizado que se brinda al paciente. Esta creencia concuerda con la opinión de otros autores^{65,115,116,160,161,164}.

En la última cuestión los enfermeros manifestaron la creencia de que el paciente es frecuentemente considerado “un problema” en un 44,8%. Aunque la mayoría no compartían esta creencia, creemos que un porcentaje cercano a la mitad de los encuestados debe ser investigado en estudios posteriores. Aunque este factor en relación a una asistencia deshumanizada aún no está muy estudiado ya hay algunos autores que lo asocian^{3,74,79,127}.

2. De los resultados II

En la creencia sobre la existencia de deshumanización en la asistencia sanitaria, los encuestados de todos los centros han respondido mayoritariamente de manera positiva. Sin embargo debemos considerar que el porcentaje de respuesta positiva en el hospital de Valme es superior en al menos un 20% al resto de los centros. Esta respuesta con unos porcentajes de no respuesta de un 1,4% y 4,2% nos hace cuestionarnos esta diferencia.

En cuanto al papel de una tecnología arrasadora en la atención al paciente, en todos los centros los enfermeros han percibido que esta situación es así. No obstante, el porcentaje de respuesta positiva es mayor en el Hospital de Valme (79,2%) que en el Hospital del Tomillar (68,2%) o en Atención Primaria (68,3%). Pensamos que esta diferencia puede estar relacionada con

el entorno mucho más técnico del Hospital de Valme que del resto de los centros.

Los enfermeros de todos los centros han respondido positivamente de manera mayoritaria a la creencia de la burocracia como motivadora del trato deshumanizado. Sin embargo observamos que en los centros hospitalarios el porcentaje es superior 81,9% (Valme) 80,8% (Tomillar) al de Atención Primaria (69,6%). Creemos que esta diferencia porcentual está relacionada con una mayor complejidad estructural de los centros hospitalarios con respecto a los centros de salud.

A la cuestión sobre si se presta un Cuidado integral al paciente, en el Hospital de Valme han respondido de manera negativa un porcentaje mayoritario (54,6%), mientras que en el Hospital del Tomillar y en Atención Primaria el porcentaje mayoritario ha sido en sentido positivo, 65,4% y 68,1% respectivamente. Consideramos que esta diferencia de creencia está relacionada con el enfoque de la atención al paciente en los distintos centros, siendo más biomédica en el Hospital de Valme y más holística en los otros centros.

Sobre la creencia de los enfermeros en la parcelación de los cuidados tanto en el Hospital del Valme como del Tomillar han respondido positivamente de manera mayoritaria, 56,1% y 53,8% respectivamente. Sin embargo en Atención Primaria la respuesta negativa ha sido mayoritaria 67%. Creemos que la existencia de parcelación en la atención al paciente según especialidades que existe en los hospitales puede estar detrás de esta diferencia.

En cuanto a la influencia de los conflictos entre profesionales sobre el trato humanizado al paciente, la respuesta ha sido muy similar en todos los centros. Mayoritariamente piensan que es así, con unos porcentajes de 87,6% en el Hospital de Valme, 88,5% en el Tomillar y 83,5% en Atención Primaria.

De manera similar ocurre con la cuestión de la creencia de la búsqueda de rentabilidades del Sistema Sanitario. En todos los centros se respondió de manera positiva muy mayoritariamente, 93,1% en Valme, 88% en Tomillar y 91,2% en Primaria.

Al preguntar a los enfermeros sobre la creencia de la inclusión de un trato humanizado dentro de los objetivos de la Institución, respondieron de manera negativa en su mayoría, 66,2% en Valme, 56,5% en el Tomillar y 57,5% en Atención Primaria. Sin embargo nos llama la atención que es una de las cuestiones con más porcentajes de no respuesta en todos los centros, llegando a ser del 14,8% en el Tomillar, lo que nos hace plantearnos si los enfermeros conocen los objetivos que en esta materia se plantea la Institución.

En relación a la influencia del déficit de recursos en la atención humanizada, todos los centros responden mayoritariamente de manera positiva en esta creencia con poca diferencia porcentual entre un 79,7% y un 83,1%, así como en la jerarquía sobre qué tipo de recurso influye más en este sentido.

También de manera positiva respondieron los encuestados de todos los centros a la creencia de la influencia de padecer “síndrome de estar quemado en el trabajo” sobre el trato humanizado: 88,4% en Valme, 91,3% en el Tomillar y 89,8% en Atención Primaria.

Por último sobre la creencia de si el paciente es considerado frecuentemente como “un problema”, aunque mayoritariamente han respondido negativamente, existe una diferencia de porcentaje de casi un 20% entre el Hospital del Tomillar y el Hospital de Valme o Atención Primaria. Creemos que detrás de esta diferencia puede estar el tipo de paciente que de manera mayoritaria se atiende en el Hospital del Tomillar (paliativo o pluripatológico), así como el tipo de cuidados que se prestan.

3. De los resultados III

En la creencia que tienen los enfermeros sobre la existencia de deshumanización de la asistencia sanitaria, Atención Especializada presenta un porcentaje superior 76,2% que Atención Primaria 54,8%, por lo que en principio creemos que al menos la percepción de los enfermeros de los hospitales es mayor que la de los centros de salud con respecto a esta creencia.

Los enfermeros de centros hospitalarios consideran que la técnica se ha sobredimensionado en un mayor porcentaje que los pertenecientes a los centros de salud 77,6% frente a 68,3%. Detrás de esta diferencia pudiese estar un mayor desarrollo de los elementos técnicos en hospitales que en centros de salud.

La creencia de los enfermeros sobre el papel de la burocracia como elemento facilitador de un trato deshumanizado al paciente, es porcentualmente muy superior en los centros hospitalarios que en Atención Primaria, 81,8% versus 69,6%. Entendemos que esta diferencia tiene su origen en que la estructura de los centros hospitalarios es mucho más compleja que la de los de Atención Primaria.

Cuando comparamos la percepción que tienen los enfermeros sobre el Cuidado global del paciente, los enfermeros de Atención Especializada creen mayoritariamente que no se presta (51,5%) frente a los de Atención Primaria que sí lo creen (68,1%). Inicialmente parece ser que la perspectiva de la atención en los hospitales es distinta que en Atención Primaria.

En el mismo sentido existe diferencia en la percepción sobre la fragmentación del Cuidado siendo la creencia de los enfermeros de los hospitales que sí es así (55,8%) frente a los de Atención Primaria que opinan que no lo es (67%).

Tanto en la creencia de la influencia de los problemas entre profesionales a la hora de un trato humanizado como de la del déficit de

recursos, los enfermeros de Atención Especializada y Atención Primaria presentan las mismas creencias e incluso en porcentajes muy parecidos.

De igual forma en cuanto a la percepción sobre la influencia del sufrir el “síndrome del trabajador quemado” en el trato humanizado al paciente y la consideración del paciente como “un problema”, los enfermeros de Atención Especializada así como los de Primaria manifiestan la misma percepción y en porcentajes también muy similares.

4. De los resultados IV

En este apartado hemos buscado bajo una observación detallada de los porcentajes de respuestas a las distintas preguntas tanto en su globalidad, por centros y en la comparativa de Atención Especializada con Primaria, donde pueden encontrarse las diferencias de creencias y quién o quiénes son los centros responsables de estas diferencias.

De esta forma en la creencia de la existencia de deshumanización de la asistencia sanitaria cuando hemos comparado la percepción de los enfermeros de Especializada frente a Primaria, detectamos una diferencia porcentual importante. Sin embargo en realidad son los enfermeros del Hospital de Valme los que presentan una diferencia de percepción con respecto a los de Primaria y los del Hospital del Tomillar siendo además esta asociación significativa estadísticamente ($p < 0,0005$).

Contemplamos esta misma situación en cuanto a la percepción de los enfermeros sobre la dimensión exagerada que ha tomado la técnica. Aunque inicialmente al ver la diferencia de porcentajes entre Especializada y Primaria suponíamos que se debía a una mayor presencia de la tecnología en los hospitales que en los centros de salud, hemos detectado que en realidad los enfermeros de Valme presentan una diferencia de porcentajes con respecto a los de Primaria y Tomillar sobre esta creencia y que además la diferencia es estadísticamente significativa ($p = 0,048$).

En cuanto a la creencia de una burocracia como elemento deshumanizante del trato al paciente, la diferencia porcentual que presentan los enfermeros de Atención Especializada frente a los de Primaria, no está relacionada con otra asociación, al presentar porcentajes muy parecidos en los dos hospitales y esta diferencia es además estadísticamente significativa ($p = 0,022$), por lo que consideramos que la vivencia sobre esta creencia por parte de los enfermeros de Especializada es mayor que la de los centros de salud.

La percepción que tienen los enfermeros sobre la prestación de un Cuidado global difiere de manera importante entre los pertenecientes a Atención Especializada (48,5%) y los de Primaria (68,1%). Sin embargo una vez estudiada la asociación de centros consideramos que la diferencia de

creencia se encuentra entre los enfermeros del Hospital de Valme y los de los de Primaria y Tomillar, siendo esta además significativa estadísticamente ($p < 0,005$)

Por último al observar la diferencia de creencia con respecto a la fragmentación del Cuidado los porcentajes distintos que presenta Atención Especializada y Primaria creemos que no existe otra asociación responsable de esta diferencia y que además es estadísticamente significativa ($p < 0,0005$).

5. De los resultados V y VI

En la última parte de nuestro trabajo nos planteamos conocer si existe una variabilidad de respuesta a las cuestiones influida por las variables de sexo, edad y tiempo de servicio.

No encontramos ninguna asociación entre la variable sexo y las respuestas de las variables cualitativas de la encuesta salvo en la respuesta a la cuestión de *“Estar quemado en el trabajo” ¿influye en el trato humanizado al paciente?*. No sabemos si esta variabilidad de respuesta obedece a una perspectiva de género, o si el ser mujer trabajadora sometida a algún factor interno o externo al trabajo asociado al síndrome del trabajador quemado influye en esta diferencia.

Por otra parte realizamos un acercamiento a si existe una asociación de las respuestas ofrecidas a las cuestiones con la edad y tiempo de servicio.

En cuanto a la cuestión sobre la existencia de un *Cuidado integral* vimos que existe asociación de la respuesta tanto con el tiempo de servicio como con la edad. Ambas variables varían en el mismo sentido, de tal forma que un aumento de edad y tiempo de servicio está asociado a la creencia de que *no se presta un Cuidado integral*.

La creencia de la existencia de una *fragmentación del Cuidado* también está influida tanto por la edad como por el tiempo de servicio. De tal forma que encontramos asociación siendo mayor esta creencia al aumentar la edad y el tiempo de servicio.

Por otra parte en relación de respuesta a la pregunta de si creen que los *problemas entre profesionales influyen en la atención humanizada al paciente*, se halló una asociación de ambas variables. Así una menor edad y tiempo de servicio se asocian con esta creencia.

Por último encontramos también una influencia en la respuesta a la cuestión de si padecer el síndrome del trabajador quemado, influye en el trato humanizado. La asociación encontrada nos dice que una menor edad y tiempo de servicio se relaciona con esta creencia.

Las asociaciones encontradas nos hablan sobre como conforme se avanza en la profesión se percibe que no se presta un Cuidado integral y que

además se fragmenta el mismo. De igual forma los enfermeros más jóvenes tienen mayor creencia en la influencia negativa sobre el trato humanizado tanto de los problemas interprofesionales como padecer el síndrome de Burnout.

6. Limitaciones del estudio

El estudio que hemos realizado es el primer eslabón de una cadena que se adentra en el conocimiento de nuestra Sanidad en relación a una asistencia humanizadora. En este sentido no podemos considerarlo como un test que nos indica cual es la situación global, por tanto no se ha realizado validación de contenido. Asimismo al no existir estudios similares no podemos comparar los resultados con los de otros centros. Tampoco podemos comparar los resultados con estudios que asocien variables demográficas en profesionales al no estar contemplados en ninguno de los existentes.

7. Prospectiva

Consideramos que en futuros estudios se puede avanzar en la exploración de otros factores asociados al Cuidado humanizado. Asimismo creemos que se hace necesario estudios que exploren las creencias sobre humanización tanto de pacientes como de gestores como voz institucional. De igual forma creemos que una vez finalizados estos, se abre la puerta al diseño de una encuesta que valore la presencia o no de una asistencia humanizada.

Conclusiones



CONCLUSIONES

1. Las enfermeras/os del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla perciben en un alto porcentaje que existe deshumanización sanitaria, así como de la de factores favorecedores de la misma. Esta creencia es mayor en los profesionales del hospital de Valme
2. Los enfermeros creen que se presta un Cuidado integral y no se fragmentan los cuidados. De igual forma consideran que la técnica se ha sobredimensionado.
3. Consideran mayoritariamente que el sistema sanitario se basa en rentabilidades económicas, sociales o políticas, no incluyendo la Institución entre sus objetivos el trato humanizado. De igual forma creen que la burocracia y el déficit de recursos influye directamente en el trato humanizado siendo los recursos humanos los más influyentes en este aspecto.
4. Los problemas interprofesionales influyen en el trato humanizado, así como el padecer síndrome de Burnout. Aunque mayoritariamente creen que el paciente no es considerado como “problema”, sí existe un porcentaje no despreciable que lo cree así.
5. La percepción de una asistencia deshumanizada y una técnica sobredimensionada es mayor y estadísticamente significativa en los enfermeros pertenecientes al hospital de Valme. Existe una diferencia de creencia en cuanto a la existencia del Cuidado integral, siendo positiva en las enfermeras/os de Atención Primaria y hospital del Tomillar y negativa en los del hospital de Valme. Por último aunque mayoritariamente no consideran al paciente como un problema, existe una diferencia significativa entre la percepción de los profesionales del hospital de Valme y Atención Primaria respecto a los del hospital del Tomillar.
6. Los enfermeros consideran que la burocracia es motivadora de un trato deshumanizado, existiendo diferencia significativa entre la percepción

de Atención Primaria y Especializada, siendo en estos últimos mayor. Existe una diferencia de creencia en relación a la existencia de fragmentación de los cuidados, siendo positiva en los enfermeros de Atención Especializada y negativa en los de Atención Primaria.

7. No existe diferencia de creencia en las cuestiones planteadas asociada a ser mujer u hombre, salvo en la respuesta a la influencia en el trato humanizado en relación a padecer síndrome de Burnout. La edad y el tiempo de servicio se encuentran asociados a la diferencia de creencia en las cuestiones sobre la prestación del Cuidado integral, la fragmentación del mismo, en cómo influyen los problemas entre profesionales sobre el trato humanizado y en la influencia sobre el trato humanizado de padecer síndrome de Burnout.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conill J. Actualidad de los humanismos en economía ética y bioética. Quaderns de filosofia i ciencia. 2006; 36:93-103.
2. Iceta M. Una ética de la vida al servicio de la dignidad humana. En. Entender la objeción de conciencia. Murcia: Quaderna Editorial, 2005. p. 15-28.
3. Hospital Ibáñez M L, Guallart Calvo R. Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida. Index Enferm [Internet] 2004 Nov [Consultado 2015 Mar 1]; 13 (46): 49-53. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200010&lng=es.
4. Balaguer Santamaría A. La relación clínica. Publicación de ACEB(Associació Catalana d'Estudis Bioètics). Consultar en: http://www.aceb.org/rel_clin.htm.
5. Diccionario de la Real Academia Oficial de la Lengua Española.
6. Gracia Guillén D. Por una asistencia médica más humana. En: Como arqueros al blanco. Madrid: Triacastela; 2004.p. 93-102.
7. Una nueva humanización. Boletín de la Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos. 2006 julio-septiembre; (40). [Consultado 2014 abril 10]. Disponible en: <http://sanitarioscristianos.com>.
8. Rojas- Marcos L. Humanización de la medicina y calidad de vida. Semergen: revista española de medicina de familia. 2001; (10): 505-509.
9. Rabadán Jiménez, J. Introducción. En: Ética del Compromiso. El médico como garante de la dignidad del paciente. Valladolid: Consejería de Sanidad; 2010. p 19.
10. Consejo General de Enfermería.org [Página de internet]. Madrid: Organización Colegial de Enfermería. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España; 2014 [Consultado 2014 abril 21]. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/>.
11. Orozco M. La muerte se ha medicalizado pero no se ha humanizado. Diario médico. 2014 abril 21.
12. Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. Artículo 43.1.
13. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (LGS). (BOE núm. 102, de 29 de abril). Artículos 9 y 10.
14. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida de resultado de la atención sanitaria. Med Clin. 2000; 114 (Supl 3): 26-33.

15. De la Peña M. Nuevos desafíos de los pacientes. En: Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, editors. La satisfacción de los pacientes. Madrid: Aran; 2008. p. 38-39.
16. Gafo J. La humanización de la praxis sanitaria. En: Ética y Legislación en Enfermería. Madrid: Editorial Universitat S.A; 1994. p. 45-58.
17. Feito Grande L. Los cuidados en la ética del siglo XXI. Enferm Clin . 2005 Jun; 15(3):167-174.
18. McFarland M. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. Modelos y teorías de enfermería. 6ª ed. Madrid: Elsevier Mosby; 2007. p. 472-498.
19. Davis A. El cuidar y la ética del cuidar en el siglo XXI: qué sabemos y qué debemos cuestionar. Conferencia en el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona, 29 septiembre 2006. [consultado 2014 jun 20]. Disponible en: <https://www.coib.cat>
20. Llanos Peña, F de. Bioética y ética del cuidado. Hygia. 1999; 41:3.
21. Llanos Peña, F de. Pensamiento antropológico de Laín Entralgo. Ser humano y estar enfermo [tesis doctoral]. Sevilla: Departamento de Filosofía de la Universidad de Sevilla; 2001.
22. Escudero R.B. Humanismo y tecnología en los cuidados de enfermería desde la perspectiva docente. Enferm Clin. 2003; 13(3): 164-170.
23. González-Juárez L, Velandia-Mora A. L, Flores-Fernández V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. CONAMED. Suplemento de Enfermería. 2009; 14 (Supl 1): 40-43.
24. Pades Jiménez A, Homar Amengual C, Martín-Perdiz A, Ponsell-Vicens E, Riquelme-Agullo I. Algo se está moviendo en los hospitales, ¿ Será quizás la humanización clínica?. Cultura de los cuidados.2009; 1 semestre (25): 98-103.
25. Poblete Troncoso M, Valenzuela Suazo S. Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm. 2007; 20(4): 499-503.
26. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas de 10 de diciembre de 1948. Artículo 25.1.
27. Siles González, J. Los cuidados enfermeros en la Edad Media. . En: Arroyo MP, Ferrer E, Morán L, Quintero MC, editors. Historia de la enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE, SL);2011. p. 252-297.
28. Martínez Martín M L, Chamorro Rebollo E. Etapa vocacional del cuidado. Historia de la enfermería. Barcelona: Elsevier España SL; 2011.p. 39-83.
29. Amezcua M. Juan de Dios el Santo, el Iluminado, el Enfermero. Boletín Informativo, CP.1994; (35): 28-29.

30. García Martínez, M J. Cuidar el cuerpo y salvar las almas: la práctica de la Enfermería según el modelo de la Congregación de enfermeros Obregones . [tesis doctoral]. Sevilla: Departamento de Antropología Social de la Universidad de Sevilla; 2007.
31. Gracia Guillén D .La justicia como utilidad pública. Beveridge y el National Health Service. En: Fundamentos de Bioética. Madrid: Triacastela; 2007. p. 258-284.
32. Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Documento de Trabajo: 86/2006.
33. Decreto 2065/1974 de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Artículo 110.
34. Constitución Española de 27 de diciembre de 1978. Artículo 41.
35. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (LGS). (BOE nº 102, de 29 de abril). Artículos 1 y 3.
36. Ley 8/ 1986 de 6 de mayo, del Servicio Andaluz de Salud.
37. Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril , de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Artículo 1.
38. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales Integrados. 2 ed.2009.
39. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Historia y Teoría. Madrid: Castilla;1964.
40. Gracia Guillén D. “Medicus politicus”. El paternalismo “burocrático”. En: Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2007. p.86-93.
41. Declaración de Derechos del Paciente. Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales. 6 de febrero de 1973.
42. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales Sis San Navarra . 2006; 29(Supl 3):7-17.
43. Seoane JA. La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. Derecho y salud.2008;16 (Extra 1): 79-86.
44. Gracia D. El principio de autonomía. En: Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2007. p. 182-187.
45. Diccionario de la Real Academia Oficial de la Lengua Española.
46. Mejía Lopera ME. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico. Index Enferm [Internet].2006 Nov [Consultado 2014 Feb 15]; 15 (54): 48-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200010&lng=es

47. Siles González, J. .El reformismo y la profesionalización de la enfermería . En: Arroyo MP, Ferrer E, Morán L, Quintero MC, editors. Historia de la enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE, SL);2011. p. 366-368.
48. Nightingale F. Qué es y qué no es. 1 ed. Barcelona: Elsevier/ Masson; 1990.
49. Kéroutack S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. Concepciones de Nightingale a Parse. En: El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier /Masson; 2007. p. 23-45.
50. Henderson V. Desarrollo de un concepto personal. En.: La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1994.p.9-33.
51. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos Enfermeros. En: Modelos y Teorías en Enfermería.Barcelona:Elsevier;2007.p.227-404.
52. García Martín-Caro C, Martínez Martín ML. Etapa de la Enfermería profesional. Historia de la Enfermería. Madrid: Harcourt;2001.p. 159-185.
53. Boff L. Tiempo de crisis, tiempo de cuidado. Deia 2012 Junio 6;Tribuna Abierta:8
54. Álamo Santos M. La idea de cuidado en Leonardo Boff. Revista Tales. 2011; (4) :243-253.
55. Acosta Queralta L G, Freire Cardoso J F. El modelo de Actuación de Enfermería y su valor Humanista. Bioética [Internet]. 2013 en-abr [Consultado 2014 oct 14]; 13 (1): 8-13. Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/131/131-0813.pdf>
56. Vargas Toloza R E. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: enfermería pieza clave en la atención. Ciencia y cuidado. 2007; 4(4): 21-27.
57. Waldow VR, Figueiró Borges R. Cuidar e humanizar: relações e significados. Acta paul.enferm[Internet]. 2011 [Consultado 2014 jun 8];24(3):414-415. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>
58. Monti E J, Tingen M S. Multiple Paradigms of Nursing Science. Adv Nurs Scie.1999;21(4):64-80.
59. Rodríguez Rodríguez L, Jordán Jinez M L. La vocación, Elemento Esencial en el Cuidado de Enfermería. Desarrollo científico Enfermero. [revista en la Internet] 2010 jul. [Consultado 2014 oct 20]; 18(6): 261-264. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/18/18-261.php>
60. Plumed Moreno C. La humanización de la asistencia: Bioética y Calidad de Vida. Área de Bioética Especial. Master en Bioética y Humanización de la Asistencia. Orden Hospitalaria San Juan de Dios. Sevilla.2008.
61. Rodriguez-Artavia A. Enfermería ante la deshumanización: una necesidad por ser considerada desde la filosofía de Emmanuel Levinas. Enfermería en Costa Rica.2011; 32(1): 37-42.

62. Waldow V R. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. Index Enferm [revista en la Internet]. 2014 oct-dic [Consultado 2015 ene 9];23(4):234-238. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300009&lng=es
63. Guevara B, Zambrano de Guerrero A, Evies A. Cosmovisión en el cuidar de sí y cuidar del otro. Enferm glob [revista en la Internet]. 2011 ene [Consultado 2014 sept 18]; 10(21): 1-7. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100021&lng=es
64. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Teorías de la Enfermería de importancia histórica. En: Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona : Elsevier; 2007.p. 54-67.
65. Arredondo-González C P, Siles-González J. Tecnología y Humanización de los Cuidados. Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm [revista en la Internet]. 2009 ene-mar [Consultado 2014 ene 21]; 18(1): 32-36. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007&lng=es
66. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Filosofías . En: Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona : Elsevier; 2007.p. 71-223.
67. Germán Bes C, Hueso Navarro F, Huércanos Esparza I. El cuidado en peligro en la sociedad global. Enferm glob [revista en la Internet]. 2011 jul [Consultado 2014 nov 3];10(23):221-232. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000300016&lng=es
68. Todres L, Galvin K L, Holloway I. The humanization of healthcare: A value framework for qualitative research. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.2009;4:68-77.
69. Hemingway A, Scammell J, Heaslip V. Humanising nursing care: a theoretical model. Nursing Times.2012;108(40):26-27.
70. Hemingway A. Humanity respect and dignity are the foundations of practice. Nursing Times.2012;108(40): 11-12.
71. Pereira- Menaut A C, Pereira Sáez C. De nuevo sobre la dignidad humana. Cuadernos de Bioética. 2014 my-ag; XXV (84): 231-242.
72. GarcíaSánchez E. El rescate de lo humano en el enfermo que se muere. Cuadernos de Bioética. 2012; 23 (1): 135-150.
73. Brusco A. Humanización de la asistencia al enfermo. 1ª ed. Santander: Sal Terrae; 1999.

74. Bermejo J C. Deshumanización y salud. En: Humanizar la asistencia sanitaria. Madrid: Desclée de Brouwer S.A; 2014.p. 17-66.
75. Cánovas Tomás, M A. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión [tesis doctoral]. Murcia. Departamento de Teoría e Historia de la Educación de la Universidad de Murcia;2008.
76. Calero Martín de Villodres P. La enfermería y la Humanización. Index Enferm [Internet].2004 Nov [Consultado 2015 Mar 11]; 13(46):69-70. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200015&lng=es
77. Arraez V. Los jefes de UCI piden humanizar los hospitales, donde mueren el 80% de las personas. La opinión de Murcia 2010 Nov 27; Sec Región: p 12.
78. Rodríguez A. Hacia la humanización en salud. Ars Medica.2005; 10(10):38-42.
79. Marchesi P L. La humanización de la asistencia. Madrid: Secretariado Interprovincial de España. 1981.
80. García- Conde J, García-Conde A. Humanización en la asistencia clínica oncológica. Psicooncología. 2005; 2(1): 149-156.
81. INSALUD. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria. 1984.
82. Raventós F. Jornadas sobre la Humanización de la Atención Sanitaria. Madrid. 21 y 22 de Noviembre 1984.
83. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana [2001-2004]. Plan de humanización de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/153218/167779/iplandesaludcv0104.pdf>
84. Plan de Confortabilidad del Servicio de salud del Principado de Asturias de 2004. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_SESPA/As_Organizacion/plan_confortabilidad.pdf
85. Plan de Humanización de los Servicios Sanitarios. Consejería de Salud. Gobierno de Canarias. Disponible en: <http://www.gobcan.es/sanidad/>
86. Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. Disponible en: <http://www.perinatalandalucia.es/>
87. Centro de Humanización de la Salud. Disponible en: www.humanizar.es/
88. Plan de Humanización de la atención sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura 2007-2013. Disponible en: http://www.aupej.org/salud/index.php?option=com_remository&Itemid=&func=startdown&id=3
89. Broggi M A. Gestión de los valores “ocultos” en la relación clínica. Med Clin.2003 nov;121(18):705-709.

90. Jovell A J. El paciente del siglo XXI. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3):85-90.
91. Tusquets E. Elogio de la amabilidad. El país. 2009 en 11. Sec opinión: p 18.
92. Bosnic M R. Humanización de la salud. Revista de Investigación y Docencia.1999;(Agosto):1-28.
93. Emanuel E J, Emanuel L L. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A, editors. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela;1999.p. 95-108.
94. Gracia D, Júdez J. Ética en la práctica clínica. 1 ed. Madrid: Triacastela;2004.
95. Rubiera G, Arbizu R, Alzueta A, Agúndez JJ, Riera JR. La legalidad de los documentos de consentimiento informado en los hospitales de Asturias. Gac Sanit. 2004; 18(2):153-158.
96. Del Brío MA, Riera J. Reflexiones sobre el consentimiento informado. Propuesta para el análisis de los documentos de consentimiento informado. Rev Calidad Asistencial. 2006; 21(4):213-219.
97. Mira JJ, Rodríguez J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. Rev Calidad Asistencial.2000;5:36-42.
98. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial. 2002;17(1):22-29.
99. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin. 2000; 114(Supl 3):26-33.
100. Galeano H, Furlán C, Auchter M, Balbuena M, Zacarías G, Zacarías L. Nivel de satisfacción con la atención de enfermería en un hospital pediátrico. Comunicaciones Científicas y Tecnológicas. 2006; Resumen M-134.
101. Fernández Sola C, Granero Molina J. Reclamaciones del usuario: Un instrumento evaluador de los cuidados enfermeros. Index Enferm [Internet]. 2004 mar[Consultado 2014 feb 15];13(47):21-25. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300005&lng=es
102. González-Valentín MA, Padín López S, Ramón Garrido E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. Enferm Clin.2002; 15(3):147-155.
103. Ibarrola Izura S, Beortegui E, Oroviogicoechea C, Vázquez Calatayud M. Evaluación de la satisfacción con los cuidados de enfermería en el área de hospitalización de cardiología. Enferm Cardiol. 2011; Año XVIII(53): 27-33.
104. Solano Ruiz MC, Siles González J. Las vivencias del paciente coronario en la unidad de cuidados críticos. Index Enferm [Internet].2005 mar [Consultado 2014 mar 21];14(51). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000300006&lng=es

105. Álvarez de la Rosa A E, Olivares Ramírez C, Cadena Estrada J C, Olvera Arreola SS. Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. *Enf Neurol(Mex)*.2012; 11(2):68-72.
106. Prieto Gil de San Vicente L, Vélez Vélez E, Juan Melero P, López Revuelta Y, Martínez Gala P, Moñino Sainz MA. Conceptualización del derecho a la intimidad del paciente hospitalizado. *Nure Inv [Internet]*.2005 jun [Consultado 2014 mar 28];(16):1-8. Disponible en:
http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/Proyecto%2016.pdf
107. Amorós Cerdá SM, Arévalo Rubert MJ, Maqueda Palau M, Pérez Juan E. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Críticos. *Enferm Intensiva*.2008; 19(4):193-203.
108. Dios Guerra C, Alba Dios M^a A, Ruiz Moral R, Jiménez García C, Pérula de Torres LA, Rodríguez Borrego MA. Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. *Enferm glob [Internet]*.2013 jul [Consultado 2014 oct 22];12(31):162-176. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000300010&lng=es
109. Murphy Margaret. Las experiencias de los pacientes y sus familiares como agentes del cambio. En: Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, editors. *La satisfacción de los pacientes*. Madrid: Aran; 2008. p.223-240.
110. Hidalgo JR. Aprender de los pacientes: ¿cómo perciben la calidad?. En: Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, editors. *La satisfacción de los pacientes*. Madrid: Aran; 2008. p.285-296.
111. Rubio Rubio JM. Ética y responsabilidad profesional del médico. En: Castillo M, Bordons C, Cabero C, Durán AJ, Figueroa E, García-Baquero, editors. *Bioética y Derechos humanos*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2005. p. 95-103.
112. Cachón Rodríguez E. El hospital y el paciente. Declaraciones de principios, realidad y paradojas. *Index Enferm [Internet]*. 2007 jun [Consultado 2014 jul 17];16(56): 35-39. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100008&lng=es
113. Bermejo Higuera JC, Carabias Maza R, Villacieros Durbán M, Moreno Lorite C. Humanización de la Atención Sanitaria. Importancia y significado en una muestra de población de la Comunidad de Madrid. *Ética de los Cuidados [Internet]*.2011 jul-dic [Consultado 2014 nov 10];4(8): 1-7. Disponible en:
<http://www.index-f.com/eticuidado/n8/et7673.php>

114. Daza de Caballero R, Torres Pique A M, Prieto de Romano G I. Análisis crítico del cuidado de enfermería. Index Enferm [Internet].2005 jun [Consultado 2013 abr 28]; 14(48-49): 18-22. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es
115. Ariza Olarte, C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Enferm univ [Internet].2012 ene/mar[Consultado 2014 may 12];9(1):41-51. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100006&lng=es
116. Santos Hernández, AM. Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. Cuadernos de Bioética. 2003 en-abr; XIV (50):39-60.
117. Del Rosal Blasco, B. La humanización de los Servicios Sanitarios como Instrumento de Participación Ciudadana. Conferencia de Jornada de Carta al Paciente de la Comunidad de Valencia. Valencia. 18 de mayo 2002.
118. Meza Benavides M. Subjetividad e ideología en las instituciones sanitarias: lo propio y lo ajeno en el dominio y el poder. Enfermería en Costa Rica [Internet]. 2012 [Consultado 2015 ene 2]; 2(33): 100-103. Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v33n2/art7.pdf>
119. Ulrich R S. Evidence-based healthcare-care architecture. The Lancet. 2006 Dic; 368:S38-S39.
120. Fiset M. Architecture and the Art of Healing. The Canadian Architect.1990;3:23-26.
121. Cedrés de Bello S. Efectos terapéuticos del diseño en los establecimientos de salud. RFM[Internet]. 200 Ene [Consultado 2014 Nov 20]; 23 (1): 19-23. Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692000000100004&lng=es
122. Bermejo J C. Qué es humanizar. La dignidad humana como fundamento de la humanización. En: Humanizar la asistencia sanitaria. Madrid: Desclée de Brouwer S.A; 2014.p. 67-106.
123. Arroyo Gordo P. Calidad y Humanización de los Cuidados. IX Jornadas Nacionales de Bioética San Juan de Dios. Jerez de la Frontera. 31 de mayo-1 de junio de2002.
124. Sierra Talamantes C, Valls Andrés S, López López I, Famoso Poveda M J, Peiró Andrés M A. Revisiones de conceptos de calidad. Enfermería Integral. 2008 Jun; 82: 32-37.

125. Nava Galán M^a G, Zamora Ruiz P. Percepción del trato digno de los familiares de los enfermos neurológicos en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Enf Neurol*. 2010; 9(1):32-38.
126. Carrillo-Martínez M, Martínez-Coronado L E, Mendoza-López J R, Sánchez Moreno A D, Yañez-Torres R D, Rivera-Sáenz R V, et al. Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería. *Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2009;17(3):139-142.
127. Díaz Ríos, S. Percepción del paciente hospitalizado sobre el trato digno otorgado por el personal de enfermería[tesis doctoral]. Querétaro: Departamento de Ciencias de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro; 2014.
128. Rodríguez C E. Enfoque de humanización de la atención desde la Acreditación en Salud. *Normas& Calidad*. 2013 ; 95:8-14.
129. Meza Benavides M. Burocracia y Humanismo: es esto posible en las organizaciones de salud de Costa Rica. *Revista de Enfermería Actual en Costa Rica*. 2002; 1(2):1-15.
130. Lelkens, J P.M. Deshumanización de la asistencia sanitaria dentro y fuera de las estructuras hospitalarias, sus causas de fondo y las expectativas para el futuro. *Revista del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud*. 2001;46:21-24.
131. Hoyos Hernández PA, Cardona Ramírez MA, Correa Sánchez D. Humanization of health contexts, a matter of leadership. *Invest Educ en Enferm*. 2008;XXVI(2): 219-225.
132. Rumbo Prieto JM. Poliética de la gestión clínica. *Ética de los cuidados*. 2013 jul-dic; 6(12):1-3.
133. Bermejo, J C. A la búsqueda de líneas estratégicas e indicadores de humanización. En: *Humanizar la asistencia sanitaria*. Madrid: Desclée de Brouwer S.A; 2014.p. 107-141.
134. Alexandre N. Atención al profesional y al paciente por parte de la Administración. En: *Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social, editors. La satisfacción de los pacientes*. Madrid: Aran; 2008. p.355-368.
135. Díaz Pintos G. Ética en las organizaciones sanitarias. En: Tomás y Garrido G (editors). *La Bioética: un compromiso existencial y científico*. Murcia: QUADERNA EDITORIAL;2005.p. 111-133.
136. Rubio Rico L, Cosi Marsans M, Martínez Márquez C, Miró Borrás A, Sans Riba L, Toda Savall D, Velasco Blasco C. Relaciones interdisciplinarias y humanización en las unidades de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2006;17(4):141-153.

137. Laín Entralgo P. Prólogo. La relación médico-paciente.4ª.ed.Madrid: Alianza Editorial.1983
138. Ortega Benitez A, García Martín J C, Rodríguez Novo Y, Núñez Díaz S, Novo Muñoz M, Rodríguez Gómez J A. Humanización en atención urgente.¿Entendemos lo mismo sanitarios, pacientes y familia?. Emergencias.2004;16:12-16.
139. Gasull Vilella M. La ética del cuidar y la atención de enfermería. OUC (Universitat Obertat de Catalunya). 2010.
140. Torres Contreras C. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. Av Enferm.2010;28(2):98-110.
141. SATSE. Barómetro Enfermero 2014. Mundo Sanitario.2015 feb.p.3.
142. OCDE.Health at a Glance: Europe 2014. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf
143. CGE(Consejo General de Enfermería). Informe de Recursos Humanos Sanitarios de España y la UE 2014. Disponible en: http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/InformeRRHHSanitarios2014.pdf.
144. Torralba Roselló F. Constructos éticos del cuidar. Enferm Intensiva.2000;11(3)136-141.
145. Cortina A. Ética de las profesiones. El País 1998 febrero 20; Sección opinión:p.3.
146. Galán González-Serna JMª. Valores éticos interprofesionales compartidos para una asistencia integral. Cuadernos de Bioética.2013; 24(82):377-389.
147. Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, Galán González-Serna JMª. La relación de ayuda en Enfermería. Index Enferm [Internet].2014 Dic [Consultado 2015 mar 27]; 23(4):229-233. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-1296201400030000>.
148. Beltrán Salazar, OA. Humanized Care: A relationship of familiarity and affectivity. Invest Educ Enferm.2015; 33(1):17-27.
149. Reyes V. Humanización del cuidado de Enfermería. Un reto de la Gerencia de Efermería.Portales médicos.com.2010.Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2239/1/Humanizacion-del-cuidado-de-Enfermeria-Un-reto-de-la-Gerencia-de-Enfermeria.html>.
150. Díaz Cortes MM. Comunicación enfermera/paciente: reflexión la relación de ayuda. Rev Esp Com Sal.2011;2(1):55-61.

151. Guillaumet i Olives M, Fargues i García I, Subirana i Casacuberta M, Bros i Serra M. Teoría del cuidado humano. Un café con Watson. Metas de Enfermería.2005;8(2):28-32.
152. Watson J. Filosofía y ciencia del cuidado. En: En: Modelos y Teorías en Enfermería. Barcelona : Elsevier; 2007.p.95.
153. Casate J C, Corrêa A K. The humanization of care in the education of health professionals in undergraduate courses. Rev Esc Enferm USP.2012;46(1):212-218.
154. Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. Salud Uninorte.2009;25(1):172-178.
155. Stein Backes D, Santos Koerich M, Lorenzini Erdmann A. Humanizando el cuidado a través de la valoración del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. Rev Latino-am Enfermagem [Internet].2007 Feb [Consultado 2014 agost 25];15(1): 34-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100006>.
156. Tórres Pérez L. La pesadilla de no poder dormir:¿Una realidad para el paciente de cuidados críticos?. Artículo de revisión I. Tempus Vitalis.2002;2(1):10-23.
157. Cerda I. La ciencia y la tecnología en la humanización de los servicios de salud. Rev Medicina, Vida y Salud. 2008 Marz;2(3):3.
158. Feito L. Trabajo en equipo. Bioética.2014;(19):2-6.
159. Toribio Martínez J. La importancia del clima laboral en la prestación de cuidados. Un nuevo camino hacia la excelencia en los cuidados. XXV Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras. Sevilla. 21-23 mayo 2014.
160. Ibañez Martínez N, Vilaregut Puigdesens A, Abio Roig A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. Enfermería Clínica. 2004 may;14(3):142-151.
161. Gil-Monte PR. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. Revista electrónica Inter Ação Psy [Internet].2003 ag [Consultado 2014 nov 12]; (1):19-33. Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>.
162. Seguel F, Valenzuela S. Relación entre la fatiga laboral y el síndrome de Burnout en personal de enfermería en centros hospitalarios. Enfermería Universitaria. 2014;11(4):119-127.
163. González Gutiérrez J L, Moreno Jiménez B, Garrosa Hernández E, López López A. Carga mental y fatiga en servicios especiales de enfermería. Revista Latinoamericana de Psicología. 2005; 37(3):477-492
164. Martínez Pérez A. El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Académica. 2010;(112):1-40.

165. Gil-Monte PR, Peiró JM^a. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*.1999;15(2):261-268.
166. Guarín Berrío G, Castrillón Agudelo MC. El mundo de la enfermera: “Uno aquí no se sienta”. Contexto de los cuidados. *Invest Educ Enferm*.2009;27(2):226-234.
167. Albar Marín MJ. Poder y Síndrome de Burnout en Enfermeras: Un Modelo Explicativo desde el Enfoque Psicopolítico [tesis doctoral]. Sevilla: Departamento de Psicología Social de la Universidad de Sevilla; 2009.
168. Heluy de Castro C, Efigênia de Faria T, Felipe Cabañero R, Castelló Cabo M. Humanización de la atención de enfermería en el quirófano. *Index de Enfermería* [Internet]. 2004 jun [Consultado 2014 nov 28];13(44-45):18-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962004000100004&lng=es.
169. Álvarez- Gayou JL. Introducción a la investigación cualitativa. En: Álvarez- Gayou JL. *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México DF: Paidós Mexicana; 2003.p. 13-38
170. Memoria 2014 del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla
171. Argimón Pallás J M^a, Jiménez Villa J. Diseño de cuestionarios. En: *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. 4 ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 188-199.
172. Carrillo Aranda B, Santos Heredero F J. Métodos de recogida de datos. En: *Metodología básica de investigación en enfermería*. 1 ed. Madrid: Díaz de Santos; 2004. p. 77-98.
173. Salamanca Castro A B. Las herramientas de recogida de datos. En: *El aeiou de la Investigación en Enfermería*. 1 ed. Madrid: FUDEN; 2013. p. 262-272.

ANEXOS

ANEXO I: Tabla aleatoria

13 50	63 04	23 25	47 57	91 13	52 62	24 19	94 91	67 48	57 10
78 66	28 55	80 47	46 41	90 08	55 98	78 10	70 49	92 05	12 07
51 57	32 22	27 12	72 72	27 77	44 67	32 23	13 67	95 07	76 30
66 86	65 64	60 56	59 75	36 75	46 44	33 63	71 54	50 06	44 75
19 83	52 47	53 65	00 51	93 51	30 80	05 19	29 56	23 27	19 03
51 78	57 26	17 34	87 96	23 95	89 99	93 39	79 11	28 94	15 52
79 68	96 26	60 70	39 83	66 56	62 03	55 86	57 77	55 33	62 02
73 52	93 70	50 48	21 47	74 63	17 27	27 51	26 35	96 29	00 45
63 99	25 69	02 09	04 03	35 78	19 79	95 07	21 02	84 48	51 97
86 28	30 02	35 71	30 32	06 47	93 74	21 86	33 49	90 21	69 74
97 96	47 59	97 56	33 24	87 36	17 18	16 90	46 75	27 28	52 13
93 41	69 96	07 97	50 81	79 59	42 37	13 81	83 92	42 85	04 31
40 24	74 36	42 40	33 04	46 24	35 63	02 31	61 34	59 43	36 96
06 06	16 25	98 17	78 80	36 85	26 41	77 63	37 71	63 94	94 33
97 81	26 03	89 39	46 67	21 17	98 10	39 33	15 61	63 00	25 92
65 99	59 97	84 90	14 79	61 55	56 16	88 87	60 32	15 99	67 43
16 91	21 32	41 60	22 66	72 17	31 85	33 69	07 68	49 20	43 29
62 03	89 26	32 35	27 99	18 25	78 12	03 09	70 50	93 19	35 56
92 27	73 40	38 37	11 05	75 16	98 81	99 37	29 92	20 32	39 67
45 51	94 69	04 00	84 14	36 37	95 66	39 01	09 21	68 40	95 79
00 81	06 28	48 12	08 05	75 26	03 35	63 05	77 13	81 20	67 58
05 06	42 24	07 60	60 29	99 93	72 93	78 04	36 25	76 01	54 03
12 68	46 55	89 60	09 71	87 89	70 81	10 95	91 83	79 68	20 66
07 79	26 69	61 67	85 72	37 41	85 79	76 48	23 61	58 87	08 05
52 16	16 23	56 62	95 80	97 63	32 25	34 03	36 48	84 60	37 65
16 01	92 58	21 48	79 74	73 72	08 64	80 91	38 07	28 66	61 59
89 84	05 34	47 88	09 31	54 88	97 96	86 01	69 46	13 95	65 96
51 99	98 44	39 12	75 10	60 36	80 66	39 94	97 42	36 31	16 59
08 12	60 39	23 61	73 84	89 18	26 02	04 37	95 96	18 69	06 30
69 99	47 26	52 48	06 30	00 18	03 30	28 55	59 66	10 71	44 05
88 91	28 79	50 71	42 14	96 55	98 59	96 01	36 88	77 90	45 59
59 45	27 08	51 85	64 23	85 41	64 72	08 59	44 67	98 36	65 56
84 27	17 30	37 48	69 49	02 58	98 02	50 58	11 95	39 06	35 63
65 45	53 41	07 14	83 46	74 11	76 66	63 60	08 90	54 33	65 84
48 28	01 83	84 09	11 21	91 73	97 28	44 74	06 22	30 95	69 72
93 18	31 83	45 54	52 62	29 91	53 58	54 66	05 47	19 63	92 75
18 26	32 96	83 50	58 45	27 57	14 96	39 64	85 73	87 96	76 23
45 62	63 40	88 35	69 34	10 94	32 22	52 04	74 69	63 21	83 41
26 22	59 28	27 38	58 22	14 79	24 32	12 38	42 33	56 90	92 57
33 26	74 03	30 74	22 19	13 48	30 28	01 92	49 58	61 52	27 03
05 53	15 26	70 04	69 22	64 07	04 73	25 74	82 78	35 22	21 88
98 61	70 48	22 68	50 64	55 75	42 70	32 09	60 58	70 61	43 97
85 13	41 38	10 16	47 61	43 77	83 27	19 70	41 34	78 77	60 25
04 41	66 09	76 20	50 73	40 95	24 77	95 73	20 47	42 80	61 03
03 10	16 82	24 39	58 20	12 39	82 77	02 18	88 33	11 49	15 16
54 08	18 07	04 92	17 63	36 75	33 14	11 11	78 97	30 53	62 38
68 50	33 31	47 15	64 88	75 27	04 51	41 61	96 86	62 93	66 71
39 90	89 86	77 46	86 86	88 86	50 09	13 24	91 54	80 67	78 66
56 50	45 94	25 48	28 48	30 51	60 73	73 03	87 68	47 37	10 84
59 77	64 59	90 58	92 62	50 18	93 09	45 89	06 13	26 98	86 29

ANEXO II: Porcentajes de participantes por Unidades

Centro			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme	Válido	ANATOMIA PATOLOGICA	1	,7	,7	,7
		CARDIOLOGIA	6	4,1	4,1	4,8
		CIRUGÍA 2 IZD	1	,7	,7	5,4
		CIRUGIA 2 IZD	4	2,7	2,7	8,2
		CONSULTAS EXTERNAS	9	6,1	6,1	14,3
		DESPERTAR	3	2,0	2,0	16,3
		DIGESTIVO	4	2,7	2,7	19,0
		ESTERILIZACION	1	,7	,7	19,7
		FARMACIA	1	,7	,7	20,4
		GINECOLOGÍA	1	,7	,7	21,1
		GINECOLOGIA	3	2,0	2,0	23,1
		HEMATOLOGIA	4	2,7	2,7	25,9
		HEMODINAMICA	1	,7	,7	26,5
		LABORATORIO DE BIOQUIMICA	4	2,7	2,7	29,3
		LABORATORIO DE HEMATOLOGIA	4	2,7	2,7	32,0
		MEDICINA INTERNA	4	2,7	2,7	34,7
		MEDICINA PREVENTIVA	2	1,4	1,4	36,1
		MICROBIOLOGIA	1	,7	,7	36,7
		NEONATOLOGÍA	1	,7	,7	37,4
		NEONATOLOGIA	5	3,4	3,4	40,8
		NEUMOLOGIA	5	3,4	3,4	44,2
		NEUROLOGIA	5	3,4	3,4	47,6
		NUTRICION	1	,7	,7	48,3
		OBSTETRICIA	4	2,7	2,7	51,0
		ONCOLOGIA	2	1,4	1,4	52,4
		PEDIATRIA	6	4,1	4,1	56,5
		QUIROFANO	13	8,8	8,8	65,3
		RX	3	2,0	2,0	67,3

Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización-deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

		SALUD MENTAL	4	2,7	2,7	70,1
		SALUD MENTAL INFANTIL	1	,7	,7	70,7
		SIU	1	,7	,7	71,4
		TRAUMATOLOGIA	4	2,7	2,7	74,1
		UCI	11	7,5	7,5	81,6
		UNIDAD DE INFECCIOSOS	4	2,7	2,7	84,4
		URGENCIAS	18	12,2	12,2	96,6
		UROLOGIA	5	3,4	3,4	100,0
		Total	147	100,0	100,0	
H del Tomillar	Válido	CIRUGÍA	2	7,4	7,4	7,4
		COMUNIDAD TERAPÉUTICA	3	11,1	11,1	18,5
		CONSULTAS EXTERNAS	2	7,4	7,4	25,9
		M INT-UCA 2 IZD	5	18,5	18,5	44,4
		M INT-UCA BAJO	5	18,5	18,5	63,0
		M INTERNA-UCA 2 DCHA	5	18,5	18,5	81,5
		QUIRÓFANO	4	14,8	14,8	96,3
		QUIROFANO	1	3,7	3,7	100,0
		Total	27	100,0	100,0	
Centro de Salud	Válido	CENTRO DE SALUD CAMPO DE LAS BEATAS. ALCALÁ DE GUADAIRA	3	2,5	2,5	2,5
		CENTRO DE SALUD D PAULINO. ALCALÁ DE GUADAÍRA	6	5,0	5,0	7,5
		CENTRO DE SALUD Dª MERCEDES.DOS HERMANAS	7	5,8	5,8	13,3
		CENTRO DE SALUD DE LA OLIVA. ALCALÁ DE GUADAÍRA	6	5,0	5,0	18,3
		CENTRO DE SALUD DE LAS CABEZAS	6	5,0	5,0	23,3
		CENTRO DE SALUD DE LEBRIJA	8	6,7	6,7	30,0
		CENTRO DE SALUD DE MONTELLANO	3	2,5	2,5	32,5

	CENTRO DE SALUD DE MONTEQUINTO	5	4,2	4,2	36,7
	CENTRO DE SALUD DEL ARAHAL	8	6,7	6,7	43,3
	CENTRO DE SALUD DEL CUERVO	4	3,3	3,3	46,7
	CENTRO DE SALUD EL RANCHO.MORÓN	4	3,3	3,3	50,0
	CENTRO DE SALUD LAS PORTADAS. DOS HERMANAS	3	2,5	2,5	52,5
	CENTRO DE SALUD LOS MONTECILLOS. DOS HERMANAS	5	4,2	4,2	56,7
	CENTRO DE SALUD NUESTRA SRA DE LAS NIEVES. LOS PALACIOS	6	5,0	5,0	61,7
	CENTRO DE SALUD OLIVAR DE QUINTOS	4	3,3	3,3	65,0
	CENTRO DE SALUD S HILARIO DE DOS HERMANAS	9	7,5	7,5	72,5
	CENTRO DE SALUD S ISIDRO. LOS PALACIOS	5	4,2	4,2	76,7
	CENTRO DE SALUD S.FRANCISCO.MORÓN	6	5,0	5,0	81,7
	CENTRO DE SALUD SANTA ANA. DOS HERMANAS	4	3,3	3,3	85,0
	CENTRO DE SALUD UTRERA NORTE	8	6,7	6,7	91,7
	CENTRO DE SALUD UTRERA SUR	10	8,3	8,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

ANEXO III: Porcentajes participantes Especializada/Primaria


Centro Hospitalario			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
H de Valme y Tomillar	Válido	ANATOMIA PATOLOGICA	1	,6	,6	,6
		CARDIOLOGIA	6	3,4	3,4	4,0
		CIRUGÍA	2	1,1	1,1	5,2
		CIRUGÍA 2 IZD	1	,6	,6	5,7
		CIRUGIA 2 IZD	4	2,3	2,3	8,0
		COMUNIDAD TERAPÉUTICA	3	1,7	1,7	9,8
		CONSULTAS EXTERNAS	11	6,3	6,3	16,1
		DESPERTAR	3	1,7	1,7	17,8
		DIGESTIVO	4	2,3	2,3	20,1
		ESTERILIZACION	1	,6	,6	20,7
		FARMACIA	1	,6	,6	21,3
		GINECOLOGÍA	1	,6	,6	21,8
		GINECOLOGIA	3	1,7	1,7	23,6
		HEMATOLOGIA	4	2,3	2,3	25,9
		HEMODINAMICA	1	,6	,6	26,4
		LABORATORIO DE BIOQUIMICA	4	2,3	2,3	28,7
		LABORATORIO DE HEMATOLOGIA	4	2,3	2,3	31,0
		M INT-UCA 2 IZD	5	2,9	2,9	33,9
		M INT-UCA BAJO	5	2,9	2,9	36,8
		M INTERNA-UCA 2 DCHA	5	2,9	2,9	39,7
		MEDICINA INTERNA	4	2,3	2,3	42,0
		MEDICINA PREVENTIVA	2	1,1	1,1	43,1
		MICROBIOLOGIA	1	,6	,6	43,7
		NEONATOLOGÍA	1	,6	,6	44,3
		NEONATOLOGIA	5	2,9	2,9	47,1
		NEUMOLOGIA	5	2,9	2,9	50,0
		NEUROLOGIA	5	2,9	2,9	52,9
		NUTRICION	1	,6	,6	53,4

Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización-deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla

		OBSTETRICIA	4	2,3	2,3	55,7
		ONCOLOGIA	2	1,1	1,1	56,9
		PEDIATRIA	6	3,4	3,4	60,3
		QUIRÓFANO	4	2,3	2,3	62,6
		QUIROFANO	14	8,0	8,0	70,7
		RX	3	1,7	1,7	72,4
		SALUD MENTAL	4	2,3	2,3	74,7
		SALUD MENTAL INFANTIL	1	,6	,6	75,3
		SIU	1	,6	,6	75,9
		TRAUMATOLOGIA	4	2,3	2,3	78,2
		UCI	11	6,3	6,3	84,5
		UNIDAD DE INFECCIOSOS	4	2,3	2,3	86,8
		URGENCIAS	18	10,3	10,3	97,1
		UROLOGIA	5	2,9	2,9	100,0
		Total	174	100,0	100,0	
Centro de Salud	Válido	CENTRO DE SALUD CAMPO DE LAS BEATAS. ALCALÁ DE GUADAIRA	3	2,5	2,5	2,5
		CENTRO DE SALUD D PAULINO. ALCALÁ DE GUADAÍRA	6	5,0	5,0	7,5
		CENTRO DE SALUD D^a MERCEDES.DOS HERMANAS	7	5,8	5,8	13,3
		CENTRO DE SALUD DE LA OLIVA. ALCALÁ DE GUADAÍRA	6	5,0	5,0	18,3
		CENTRO DE SALUD DE LAS CABEZAS	6	5,0	5,0	23,3
		CENTRO DE SALUD DE LEBRIJA	8	6,7	6,7	30,0
		CENTRO DE SALUD DE MONTELLANO	3	2,5	2,5	32,5
		CENTRO DE SALUD DE MONTEQUINTO	5	4,2	4,2	36,7
		CENTRO DE SALUD DEL ARAHAL	8	6,7	6,7	43,3

	CENTRO DE SALUD DEL CUERVO	4	3,3	3,3	46,7
	CENTRO DE SALUD EL RANCHO.MORÓN	4	3,3	3,3	50,0
	CENTRO DE SALUD LAS PORTADAS. DOS HERMANAS	3	2,5	2,5	52,5
	CENTRO DE SALUD LOS MONTECILLOS. DOS HERMANAS	5	4,2	4,2	56,7
	CENTRO DE SALUD NUESTRA SRA DE LAS NIEVES. LOS PALACIOS	6	5,0	5,0	61,7
	CENTRO DE SALUD OLIVAR DE QUINTOS	4	3,3	3,3	65,0
	CENTRO DE SALUD S HILARIO DE DOS HERMANAS	9	7,5	7,5	72,5
	CENTRO DE SALUD S ISIDRO. LOS PALACIOS	5	4,2	4,2	76,7
	CENTRO DE SALUD S.FRANCISCO.MORÓN	6	5,0	5,0	81,7
	CENTRO DE SALUD SANTA ANA. DOS HERMANAS	4	3,3	3,3	85,0
	CENTRO DE SALUD UTRERA NORTE	8	6,7	6,7	91,7
	CENTRO DE SALUD UTRERA SUR	10	8,3	8,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

ANEXO IV: Informe del Comité de Ensayos Clínicos Sevilla Sur

 Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

ÁREA HOSPITALARIA DE VALME

INFORME DEL COMITÉ LOCAL DE ENSAYOS CLÍNICOS

D. RAMON MORILLO VERDUGO

Secretario del Comité de Ética de la Investigación Sevilla Sur del Hospital Universitario de Valme de Sevilla

CERTIFICA:


Que este Comité da el Vº Bº a los aspectos éticos sobre el proyecto titulado:

"Indicadores de humanización en el desarrollo de la enfermería clínica en el Área sur de Sevilla". (BLASABA)

Cuyo investigador principal es:

D^a. Blanca Sánchez Baños..

Lo que firmo en Sevilla a 28 de octubre de 2014.


D. Ramón Morillo Verdugo
Secretario del Comité de Ética de la Investigación Sevilla Sur

ANEXO V: Documento de archivo de datos

Encuesta									
Id		Edad		Sexo					
Tiempo_Servicio									
Hospital de Valme									
Hospital del Tomillar									
Unidad_Asistencial									
Centro_Salud									
¿Cree usted que existe deshumanización en la asistencia sanitaria?									
¿Considera usted que la tecnificación ha sido "divinizada" en la atención al paciente?									
¿Considera que los cuidados enfermeros al paciente se prestan de una forma integral (biológica, social y psicológica)?									
¿Cree que la prestación de los cuidados que presta la enfermera/o se realiza de manera fragmentada (por aparatos, patologías, servios etc)?									
¿Cree usted que los problemas entre profesionales (autonomía profesional, conflictos internos, falta de trabajo en grupo etc) influyen en la atención humanizada a los pacientes?									
¿Considera que el Sistema Sanitario está estructurado en base a rentabilidad económica, social o política?									
¿Cree usted que el trato humanizado al paciente se incluye dentro de los objetivos de la Institución Sanitaria?									
¿Considera usted que la falta de recursos afecta directamente a la humanización de la asistencia sanitaria?									
¿Qué recurso considera usted más importante para una asistencia humanizada? (ordene de 1 a 3 de mayor a menos importancia)									
Recursos Materiales		Recursos Humanos		Tiempo					
"Estar quemado en el trabajo" , ¿influye en el trato humanizado al paciente?									
¿Crees que el paciente es considerado frecuentemente más como un problema que como un sujeto de cuidados?									

Anexo VI: Autorización de uso de fotos de cuadros de exposición Luz en Hipocratia

Yo, Emma Cano, con DNI 10593970-D, autorizo a Blanca Sánchez Baños a utilizar las fotos de los cuadros que componen la colección llamada "Luz en Hipocratia" para ilustrar su Tesis, titulada:
Detección de factores asociados a las creencias sobre humanización-deshumanización en el entorno de la enfermería clínica en el Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.
Realiza su tesis bajo la dirección de d. Francisco de Llanos Peña.

firmado

Emma Cano

En Palma de Mallorca a 28 de Julio del 2015



Universidad de Sevilla
Departamento de Enfermería
2015